BIBLIOTECA MÉDICA BRASILEIRA

Constituida apenas de livros de indiscutivel valor para os medicos. Obras criteriosamente selecionadas. Em qualquer livro da B.M.B. o leitor encontrará: ciencia rigorosa, bom vernaculo e apresentação material impecavel.

★

Volumes publicados:

Série I — MANUAIS PRATICOS

I — Dr. Olindo Chiaffarelli — **Clínica e Terapeutica das Moléstias do Lactente** — 2.ª edição.

II — Prof. Luiz R. Grote — **Diagnóstico Diferencial das Afecções do Aparelho Digestivo.**

III — Dr. Paulo Mangabeira Albernaz — **Oto-Rino-Laringologia Prática.**

IV — Prof. Augusto Paulino — **Urologia.**

V — Prof. Hans Dietlen — **Tuberculose Pulmonar** — Versão do Dr. Raul Margarido.

VI — Alberto Herz — **Diagnóstico Diferencial das Moléstias Infeciosas.**

VII — Dr. Arno Arnold — **Exame Medico nos Esportes.**

VIII — Piero Girardi — **A Entubação Duodenal no Diagnóstico e na Terapêutica.**

IX — Augusto Hoffman — **Diagnóstico Diferencial das Afecções do Aparelho Circulatorio e do Respiratorio.**

X — Prof. Thomaz Lewis — **Moléstias do Coração.**

XI — R. H. Micks — **Noções indispensaveis de matéria Médica, Farmacologia e Terapêutica.**

Série II — MONOGRAFIAS

I — Dr. Vicente Batista — **Vitaminas e Avitaminoses.**

II — Prof. Alípio Correia Neto — **Megaesôfago** (Mal de Engasgo).

III — Dr. J. Mendonça Cortez — **Icterícias.**

IV — Drs. Geraldo de Andrade e Aguinaldo Lins — **Diagnostico dos Aneurismas da Aorta Torácica.**

Série III
COMPENDIOS E TRATADOS

rofs. Degkwitz, Eckstein, Freudenberg, Brühl, Goebel, György e Rominger — **Compêndio de Pediatria** — Vol. I

II — Prof. Tales Martins — **Glândulas Sexuais e Hipófise Anterior** — Tratado de Endocrinologia — Vol. I.

III — Dr. Pedro Cossio — **Coração e Vasos** — Semiologia.

IV — Profs. Degkwitz, Eckstein, Freudenberg, Brühl, Goebel, György e Rominger — **Compêndio de Pediatria** — Volume II.

V — Prof. Harry Beckman — **Terapêutica Clínica** — 1.ª parte: Doenças infetuosas e parasitárias.

VI — Prof. Harry Beckman — **Terapêutica Clínica** — 2.ª parte: Doenças alérgicas. Doenças de carência. Doenças do Metabolismo. Doenças do tubo gastro-intestinal. Doenças do aparelho respiratório. Doenças dos rins. Doenças dos órgãos hematopoéticos. — Doenças do aparelho circulatório. Transtornos da glândula tireóide.

VII — Prof. Harry Beckman — **Terapéutica Clinica** — 3.ª parte.

VIII — Profs. Degkwitz, Eckstein, Freudenberg, Brühl, Goebel, György e Rominger — **Compêndio de Pediatria** — Vol. III.

IX — Prof. Paulo Tachau — **Diagnóstico Diferencial das Moléstias da Pele e Venéreas**

X — Dr. Paulo de Almeida Toledo — **Eletroradiologia Clinica do coração** — (Eletrocardiografia e Radiologia) — Prefacio do Prof. Pedro Cossio.

XI — Dr. A. C. Pacheco e Silva — **Psiquiatria Clínica e Forense.**

Série IV — CURSOS E LIÇÕES

I — Dr. Jairo Ramos — **Lições de Eletrocardiologia.**

Série V — CULTURA MEDICA

I — Otavio Gonzaga — **A Criança.**

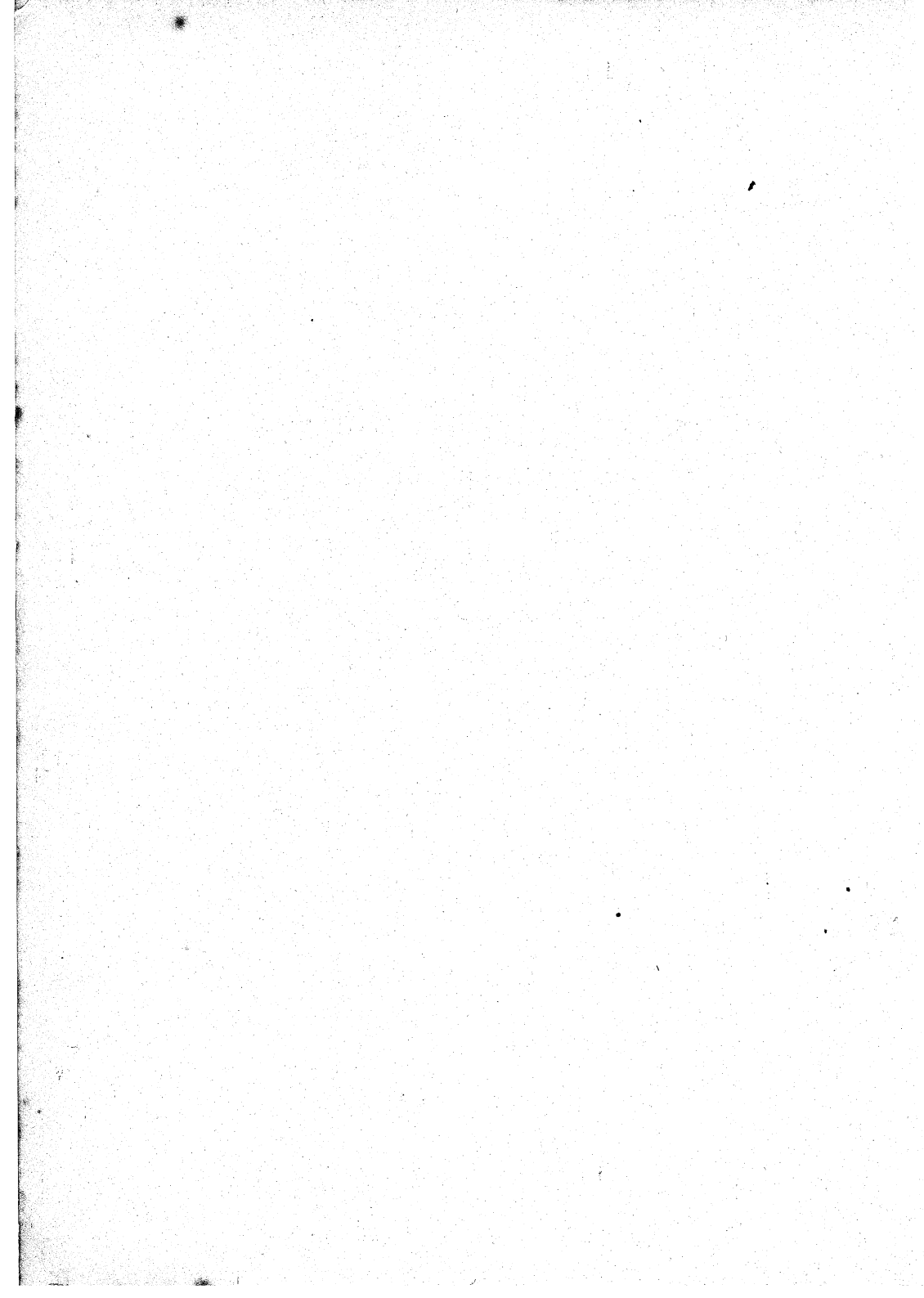
II — Pedro de Alcantara — **Higiene da Primeira Infância** — Encadernação flexível.

Edições da

COMPANHIA EDITORA NACIONAL

Séde: SÃO PAULO — Rua dos Gusmões, 639

Filiais: Rio de Janeiro - Recife - Porto-Alegre

PSIQUIATRIA CLÍNICA E FORENSE

Série 3.ª COMPÊNDIOS E TRATADOS *Vol. 11*
BIBLIOTECA MÉDICA BRASILEIRA

A. C. PACHECO E SILVA
Professor de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Escola Paulista de Medicina

PSIQUIATRIA CLÍNICA E FORENSE

OBRA PREMIADA PELA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO E PELA SOCIEDADE DE MEDICINA LEGAL E CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO

COMPANHIA EDITORA NACIONAL
SÃO PAULO — RIO DE JANEIRO — RECIFE — PÔRTO-ALEGRE
1940

BIBLIOGRAFIA DO AUTOR

1 — **Glioma quístico do hemisfério esquerdo do cerebelo, interessando principalmente os núcleos cinzentos.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, N.º 1, Vol. II, Série 2a., Março de 1919 — em colaboração com o Dr. Enjolras Vampré);

2 — **Anatomia Patológica de alguns tumores cerebrais.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, N.º 7, Setembro de 1921);

3 — **Contribuição para o estudo da epilepsia provocada pela cisticercose cerebral.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, N.º 9, Novembro de 1921);

4 — **Da patogenia do sono, particularmente na encefalite letárgica.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, N.º 9, Novembro de 1921);

5 — **Coréia e encefalite epidêmica.** (Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, N.º 1, Ano X, Janeiro de 1922);

6 — **A demência paralítica em São Paulo.** (Trabalho apresentado ao 2.º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal — em colaboração com o Prof. Franco da Rocha — Rio de Janeiro, 1922);

7 — **Anatomia patológica e patogenia da demência precoce.** (Trabalho apresentado ao 2.º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, Rio de Janeiro, 1922);

8 — **Sôbre a diferenciação sintomática das perturbações ocasionadas pelas lesões dos dois lobos da hipófise e da região infundibular.** (Jornal dos Clínicos, N.º 7, Abril de 1922);

9 — **Moléstia de Wilson.** (Arquivos Brasileiros de Medicina, N.º 3, Março de 1923);

10 — **Contribuição para o estudo do espiroqueta pálido no cérebro dos paralíticos gerais.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano I, N.º 1, São Paulo, 1924);

11 — **Contribuição para o estudo da cisticercose cerebral.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano I, N.º 1, São Paulo, 1924 — em colaboração com o Dr. C. Trétiakoff);

12 — **Uma forma particular do síndroma peduncular alterno.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano I, N.º 1, São Paulo, 1924 — em colaboração com o Dr. C. Trétiakoff);

13 — **Contribuição para o estudo dos distúrbios motores e "psico-motores" em certas formas de hipertonia muscular em particular nos parquinsonianos.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano I, N.º 1, São Paulo, 1924 — em colaboração com o Dr. C. Trétiakoff);

14 — **"Cavidades anfractuosas" num caso de síndroma cerebelar, sobrevindo numa demente precoce.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano I, N.º 1, São Paulo, 1924 — em colaboração com o Dr. C. Trétiakoff);

15 — **Associação da epilepsia generalizada e da epilepsia jaquesoniana post-traumática.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano I, N.º 1, São Paulo, 1924);

16 — **Distúrbios mentais em dois casos de miopatia primitiva.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano I, N.º 1, São Paulo, 1924 — em colaboração com o Dr. C. Trétiakoff);

17 — **Contribuição para o estudo da cisticercose cerebral na criança.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano II, N.º 2, São Paulo, 1925);

18 — **Vitiligo, sífilis e desordem mental.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano II, N.º 2, São Paulo, 1925 — em colaboração com o Dr. Edmundo de Sousa e Silva);

19 — **Um caso de síndroma talâmico consequente à obliteração da carótida interna.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano II, N.º 2, São Paulo, 1925 — em colaboração com o Dr. F. Marcondes Vieira);

20 — **Parafrênico Uxoricida.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano II, N.º 2, São Paulo, 1925);

21 — **Débil mental alcoolista homicida.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano II, N.º 2, São Paulo, 1925);

22 — **Alcoolismo crônico. Delírio de ciume. Uxoricida.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Ano II, N.º 2, São Paulo, 1925 — em colaboração com o Dr. F. Marcondes Vieira);

23 — **Contribution à l'étude du treponema pallidum dans l'écorce cérébrale des paralitiques généraux.** (Archives Internationales de Neurologie, Tome II, Vol. I, Série 18,1925, 44.º année, Octobre);

24 — **A Assistência a Alienados nos Estados Unidos e na Europa.** (Relatório de viagem, São Paulo, 1926);

25 — **Localisation du treponema pallidum dans le cerveau des paralitiques généraux. Considérations therapeutiques.** (Revue Neurologique de Paris, Tome II, N.º 6, Décembre 1926);

26 — **Noções de psicopatologia forense.** (Revista de Medicina — Publicação do "Centro Acadêmico Oswaldo Cruz", da Faculdade de Medicina de São Paulo, Ano XII, 4.º Trimestre de 1927, N.º 49) ;

27 — **O crime de Penápolis.** (Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, Ano II, Vol. II, Fasc. I, Novembro de 1927) ;

28 — **Espiroquetose dos centros nervosos.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Anos III—IV, Ns. 3—4, São Paulo, 1926—1927) ;

29 — **Presença do treponema pálido no nervo ótico.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Anos III—IV, Ns. 3—4, São Paulo, 1926—1927 — em colaboração com o Dr. J. Candido da Silva) ;

30 — **A malarioterapia na paralisia geral.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Anos III–IV, Ns. 3–4, São Paulo, 1926—1927, em colaboração com o Dr. Leopoldino Passos) ;

31 — **Sôbre um caso de amiotrofia tipo Aran Duchenne, com perturbações mentais.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Anos III–IV, Ns. 3—4, São Paulo, 1926—1927 — em colaboração com o Dr. Fausto Guerner) ;

32 — **Um sádico-necrófilo. O preto Amaral.** (Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, Vol. II, Ano II, Fasc. 2.º, Janeiro de 1928) ;

33 — **Necessidade da creação de serviços abertos para a internação voluntária de psicopatas, de ambulatórios, dispensários e de uma clínica psiquiátrica em São Paulo.** (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Ano I, N.º 1, Junho de 1928) ;

34 — **Higiene do Espírito.** (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Ano I, N.º 1, Junho de 1928) ;

35 — **A Assistência Pública no Uruguai.** (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Ano I, N.º 1, Junho de 1928).

36 — **Alcoolismo em Neuro-Psiquiatria.** (Semana Anti-Alcoólica, Outubro de 1928, São Paulo) ; In Arquivos Paulistas de Higiene Mental, N.º 2, Janeiro de 1929, pag. 17.

37 — **Higiene Mental e Intoxicações Profissionais.** (Conferência realizada na Escola Politécnica de São Paulo no "Dia da Saúde", em 8 de Outubro de 1928) ; In Arquivos Paulistas de Higiene Mental, N.º 3/4, Janeiro de 1930, pag. 25.

38 — **A Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo.** Conferência realizada na Academia Nacional de Medicina, por ocasião das Jornadas Médicas do Rio de Janeiro. (São Paulo Médico, Ano I, Vol. II, N.º 2, Outubro de 1928) ;

39 — **Sôbre um caso de esclerose tuberosa.** (Atas da 1.ª Conferência Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Buenos Aires, 14–17 de Novembro de 1928 — em colaboração com o Dr. Bonifácio de Castro Filho) ;

40 — **Sôbre um caso de tumor do ângulo ponto cerebelar.** (Atas da I.ª Conferência Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, Buenos Aires, 14–17 de Novembro de 1928) ;

41 — **Os efeitos do alcoolismo sôbre o cérebro humano.** (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Ano II, N.º 2, Janeiro de 1929) ;

42 — **O perito médico e a questão da responsabilidade.** (Revista da Sociedade de Criminologia e Medicina Legal, de 1929) ;

43 — **Contribuição para o estudo do liquor em patologia mental.** (Memórias do Hospital de Juquerí, Anos V–VI, Ns. 5–6, São Paulo, 1928—1929 — em colaboração com o Dr. Boris Chipiakoff) ;

44 — **Sôbre um caso de epilepsia psíquica.** (Revista de Criminologia e Medicina Legal, Ano II, Vol. VI, Ns. 7 a 12, Julho a Dezembro de 1929 — em colaboração com o Prof. Enjolras Vampré ;

45 — **Cuidados aos Psicopatas.** (São Paulo, 1930 — 1.ª edição) ;

46 — **A filosofia médica de Pinel.** São Paulo Médico, Vol. I, Ano I, 1928) ;

47 — **O problema do sono.** (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Anos II–III, Ns. 3–4, Janeiro de 1930) ;

48 — **Semana da Previdência.** (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Anos II–III, Ns. 3–4, Janeiro de 1930) ;

49 — **Esporte e Sistema Nervoso.** Palestra realizada no Club de Regatas Tieté no dia 23 de maio de 1929. (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Anos II–III, Ns. 3–4, Janeiro de 1930) ;

50 — **A Assistência aos Alienados no Estado de São Paulo. O que ela é, o que ela deve ser.** (Conferência realizada na Assistência Policial de São Paulo em 22 de maio de 1930) ;

51 — **Venenos sociais. O fumo e o alcool.** Conferência realizada na Associação Cristã de Moços de São Paulo em 30 de Agôsto de 1930. (Arquivos Paulistas de Higiene Mental, Ano III, N.º 5, Julho de 1930) ;

52 — **Sôbre as formas granulares do espiroqueta pálido nos centros nervosos.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XIV, N.º 5; Julho de 1930) ;

53 — **Em tôrno da malarioterapia.** (São Paulo Médico, Ano III, Vol. I, N.º 5, 1930) ;

54 — **Aula inaugural de psicopatologia forense.** (Pronunciada na Faculdade de Direito de São Paulo em 5 de Abril de 1932);

55 — **A diatermia no tratamento da paralisia geral.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XV, N.º 11, 3.ª série, Janeiro de 1932 — em colaboração com os Drs. L. Passos, J. Fajardo e H. Marques de Carvalho; Memórias do Hospital de Juquerí, N.º 7/8 — 1930/31, pag. 113);

56 — **Novas diretrizes da psiquiatria.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, N.º 12, Vol. XV, Fevereiro e Março de 1932);

57 — **A mulher paulista no atual momento brasileiro.** (Conferência realizada no salão do Clube Comercial de São Paulo, sob o patrocínio da Associação Cívica Feminina, em 29 de Abril de 1933);

58 — **Sôbre um caso de paralisia alta dissociada do plexus braquial após soroterapia anti-escorpiônica.** (Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. 17, Ns. 1, 2, 3, 4, Março, Abril, Maio e Junho de 1933);

59 — **A Psiquiatria e a Arte Moderna.** (Conferência realizada no Clube dos Artistas Modernos de São Paulo);

60 — **Neurosífilis.** (Biblioteca de Cultura Científica, dirigida pelo Prof. Afrânio Peixoto), (1933). Livraria Guanabara. Rio de Janeiro, 1933.

61 — **Iniciação Médica.** (Aula inaugural dos Cursos da Escola Paulista de Medicina, proferida em 15 de Julho de 1933);

62 — **Direito à Saúde.** Rio de Janeiro, 1934.

63 — **O Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo** (Monografia. S. Paulo, 1935).

64 — **Problemas de Higiene Mental.** São Paulo, 1936.

65 — **Serviços Sociais.** São Paulo, 1937.

66 — **Da capacidade para testar.** Contribuição para o estudo dos testamentos dos excêntricos e dos moribundos. (São Paulo, 1935).

67 — **Aula inaugural do Curso de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** (Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo, Ano I, N.º 1, 1936, pág. 5).

68 — **O exame pré-nupcial.** (Palestra proferida na Rádio Difusora de São Paulo, em 20 de Junho de 1936).

69 — **O Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo.** (Conferência realizada na Sessão Extraordinária de Homenagem à Delegação Brasileira, no dia 6 de Julho de 1936. Anales de la Sociedad Argentina de Criminologia, Tomo II, 1936, pag. 31).

70 — **Histórico e evolução da Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo.** (Memória apresentada ao Congresso Comemorativo do Centenário da Santa Casa de Misericórdia de Santos, em 4 de Setembro de 1936).

71 — **O que deve o médico prático saber sôbre Psiquiatria.** (Conferência realizada no Centro Médico do Braz no dia 26 de Agôsto de 1936. São Paulo Médico, Ano IX, Vol. II, N.º 5-6, Nov.-Dez. 1936).

72 — **O exame médico-psicológico dos candidatos à aviação.** (Memória apresentada em Abril de 1934 ao 1.º Congresso Brasileiro de Aeronáutica. Problemas de Higiene Mental, 1936, pág. 81).

73 — **Sífilis e sistema nervoso.** (Conferência realizada na Associação Médica do Paraná. Revista Médica do Paraná, N.º 12, Ano V, Dez. 1936).

74 — **Corpo estranho (Lâmina de punhal) encravado no cérebro durante 38 anos.** (Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo, Ano II, N.º 2, 1.º Trimestre 1937).

75 — **Coréia ou doença de Huntington?** (Em colaboração com o Dr. Pedro Augusto da Silva. Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo, Ano II, N.º 2, 1.º Trimestre 1937).

76 — **Psicoses post-insulinoterápicas.** (Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo, Ano II, N.º 2, 3.º Trimestre 1937).

77 — **Impressões do Congresso Internacional de Psiquiatria Infantil e Higiene Mental apresentadas ao Ministro da Educação e Saúde Pública, Dr. Gustavo Capanema, na qualidade de representante do Brasil naquele certame.** 1937.

78 — **Impressões de uma viagem à Europa.** (Trabalho apresentado à Sociedade de Sociologia, 1937).

79 — **Impressões da Austria.** (Palestra realizada ao microfone da Radio Tupí de São Paulo em 13 de Outubro de 1937).

80 — **Estado atual da neuropsiquiatria visto através dos recentes Congressos Internacionais realizados em Paris e de viagens feitas a diversos países da Europa.** (Conferência realizada na Secção de Neuropsiquiatria da Associação Paulista de Medicina, em 21 de Outubro de 1937. São Paulo Médico, Ano XI, Vol. I, N.º 1, 35-36. Suplemento Médico da "Folha da Manhã", 2 de Dezembro de 1937, pág. 2).

81 — **O método de Sakel nas esquizofrenias.** (Em colaboração com o Dr. Nelson de Toledo Ferraz. Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo, Ano II, N.º 2, 4.º Trimestre 1937).

82 — **A insulinoterapia nas formas delirantes da paralisia geral.** (Em colaboração com os Drs. Pedro Augusto da Silva e Julio de Andrade Silva Junior. Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo, Ano II, N.º 2, 4.º Trimestre 1937).

83 — **Blefarospasmo no curso do parquinsonismo post-encefalítico.** (Em colaboração com o Dr. Fernando de Oliveira Bastos. Trabalho apresentado à Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina em 5 de maio de 1938 e à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 16 de Novembro de 1938. Anais da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, XV, pág. 313, 1939. "A Folha Médica", de 15 de Março de 1939, Ano XX, N.º 8, pág. 85).

84 — **O Fumo — Veneno Ignorado.** (Conferência realizada em 27 de junho de 1938 na Secção de Cultura da Associação Paulista de Medicina).

85 — **Enjolras Vampré.** (Discurso pronunciado na sessão solene convocada pela Associação Paulista de Medicina, em 17 de junho de 1938, em homenagem à memória do ilustre catedrático de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. "O Estado de São Paulo" de 23 e 24 de Junho de 1938).

86 — **O choque hipoglicêmico nas esquizofrenias.** (Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Pan-Americano de Endocrinologia, realizado no Rio de Janeiro em 19 de Julho de 1938. Anais do 1.º Congresso Pan-Americano de Endocrinologia, 1938, 2.º Vol., pág. 395).

87 — **O serviço de antropologia e biotipologia da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo.** (Em colaboração com o Dr. Coriolano Roberto Alves. Trabalho apresentado ao 1º. Congresso Latino-Americano de Criminologia, realizado em Buenos Aires de 25 a 31 de Julho de 1938).

88 — **Três anos de funcionamento do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo.** (Em colaboração com o Dr. André Teixeira Lima. Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Latino-Americano de Criminologia, realizado em Buenos Aires de 25 a 31 de Julho de 1938).

89 — **As psicoses post-insulinoterápicas e a sua importância médico-legal.** (Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Latino-Americano de Criminologia, realizado em Buenos Aires de 25 a 31 de Julho de 1938).

90 — **Livramento condicional dos psicopatas.** (Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Latino-Americano de Criminologia, realizado em Buenos Aires de 25 a 31 de Julho de 1938).

91 — **Contribuição dos psiquiatras portugueses à medicina do espírito.** (Conferência pronunciada na "Casa de Portugal", no dia 26 de agôsto de 1938).

92 — **Impressões do 1.º Congresso Latino-Americano de Criminologia.** (Trabalho apresentado à Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina, em 5 de Setembro de 1938).

93 — **A sífilis e as psicopatias.** (Palestra realizada na campanha promovida pelo "Centro Acadêmico Oswaldo Cruz" — "Pró-Liga de Combate à Sífilis", ao microfone da Rádio Cosmos, em 6 de Outubro de 1938).

94 — **Acidentes do trabalho e desordens mentais.** (Conferência realizada na Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina, em 5 de Novembro de 1938. "O Estado de São Paulo", de 17 de Novembro de 1938).

95 — **A velhice.** (Palestra realizada em 29 de novembro de 1938 na Rádio Difusora Paulista, por iniciativa da Associação Paulista de Medicina).

96 — **Dispêndio de energia psíquica.** (Palestra realizada em 19 de Dezembro de 1938 durante a "Jornada contra o Desperdício", sob o patrocínio do Instituto de Organização Racional do Trabalho).

97 — **Discurso de paraninfo pronunciado na cerimônia da colação de grau aos doutorandos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 10 de Dezembro de** 1938. (Tipografia Revista dos Tribunais. São Paulo).

98 — **Síndromo de Benedikt.** (Em colaboração com o Dr. Fernando de Oliveira Bastos. Trabalho apresentado à secção de neuro-psiquiatria da Associação Paulista de Medicina, em 5 de Janeiro de 1939. São Paulo Médico, Ano XII, Vol. I, N.º 1, Janeiro 1939).

99 — **Luiz Pereira Barreto.** (Conferência pronunciada no Centro Acadêmico "Pereira Barreto", da Escola Paulista de Medicina, em sessão solene de 11 de Janeiro de 1939, comemorando mais um aniversário do nascimento e da morte do insigne mestre. Revista do Centro Acadêmico "Pereira Barreto", da Escola Paulista de Medicina, Ano I, N.º 1, Janeiro 1939, pág. 12.

100 — **Psiquiatria e Oftalmologia.** (Conferência realizada em 2 de Março de 1939, no curso de aperfeiçoamento de Clínica Oftalmológica, no salão nobre do Sanatório Esperança).

101 — **O serviço social na assistência aos enfermos da mente.** (Trabalho apresentado às Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, Segunda Reunión. Lima, 20 a 25 de Marzo de 1939).

102 — **Psicoses Post-Insulinoterápicas.** (Síntese enviada à "La Pratica Medico-Quirurgica en Fichas". Bruxelas).

103 — **Alcoolismo.** (Síntese enviada à "La Pratica Medico-Quirurgica en Fichas". Bruxelas).

104 — **Sífilis do Sistema Nervoso.** (Síntese enviada à "La Pratica Medico-Quirurgica en Fichas". Bruxelas).

105 — **Tabes.** (Síntese enviada à "La Pratica Medico-Quirurgica en Fichas". Bruxelas).

106 — **A propósito de dois casos de sífilis congênita com localização nervosa.** (Trabalho apresentado à Secção de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina, em 5 de agôsto de 1939. Em colaboração com os Drs. Fernando de Oliveira Bastos e Antonio Jarbas Veiga de Barros).

107 — **Sôbre um caso de hidrocefalia.** (Em colaboração com o Dr. Fernando de Oliveira Bastos. Trabalho apresentado à Semana Científica do Sanatório Esperança, em 11 de Novembro de 1939).

108 — **Sôbre um caso de paraplegia pitiática curada após uma injeção de Cardiazol.** (Em colaboração com o Dr. João Carvalhal Ribas. Trabalho apresentado à Semana Científica do Sanatório Esperança, em 11 de Novembro de 1939).

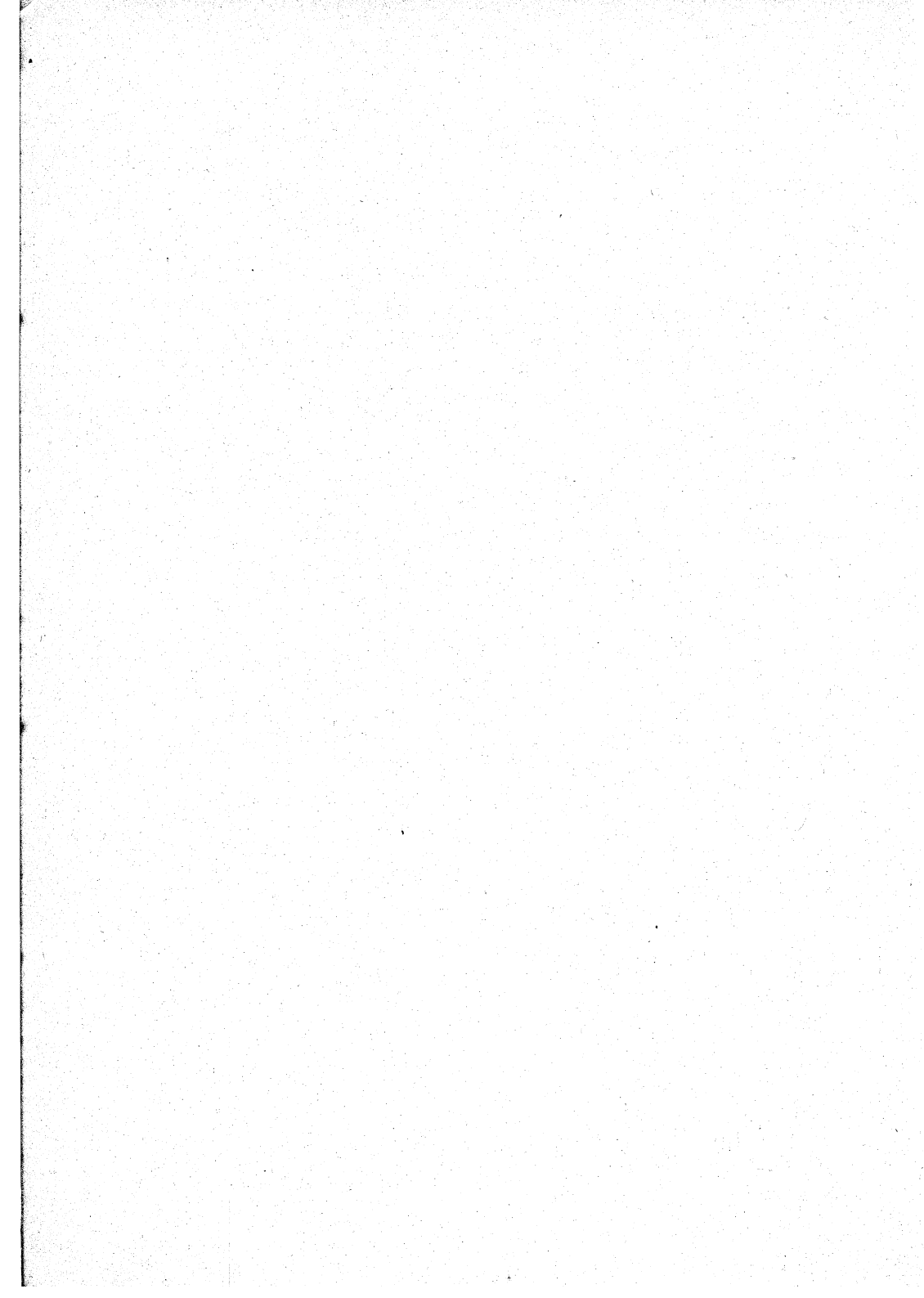
109 — **Caquexia hipofisária de Simmonds.** (Em colaboração com o Dr. Aristoteles Cardo. Trabalho apresentado à Semana Científica do Sanatório Esperança, em 11 de Novembro de 1939).

110 — **Sôbre um interessante caso de homosexualismo feminino.** (Em colaboração com o Dr. Olyntho Mattos. Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, em sessão de 14 de Setembro de 1939).

111 — **Seguro social e doenças mentais.** (Trabalho apresentado à Semana de Neuro-Psiquiatria, promovida pela Associação Paulista de Medicina, em Janeiro de 1940).

112 — **Rudimentos de Higiene Mental.** (Palestra feita no Curso de Enfermagem realizado no Sanatório Esperança, sob o patrocínio da Liga das Senhoras Católicas, em 4 de Janeiro de 1940).

113 — **Terapêutica moderna da esquizofrenia.** (Conferência realizada no Curso de Terapêutica Clínica da Escola Paulista de Medicina, em 6 de Março de 1940).

Discursos vários, conferências e artigos esparsos na imprensa médica e leiga.

Norma Wollner

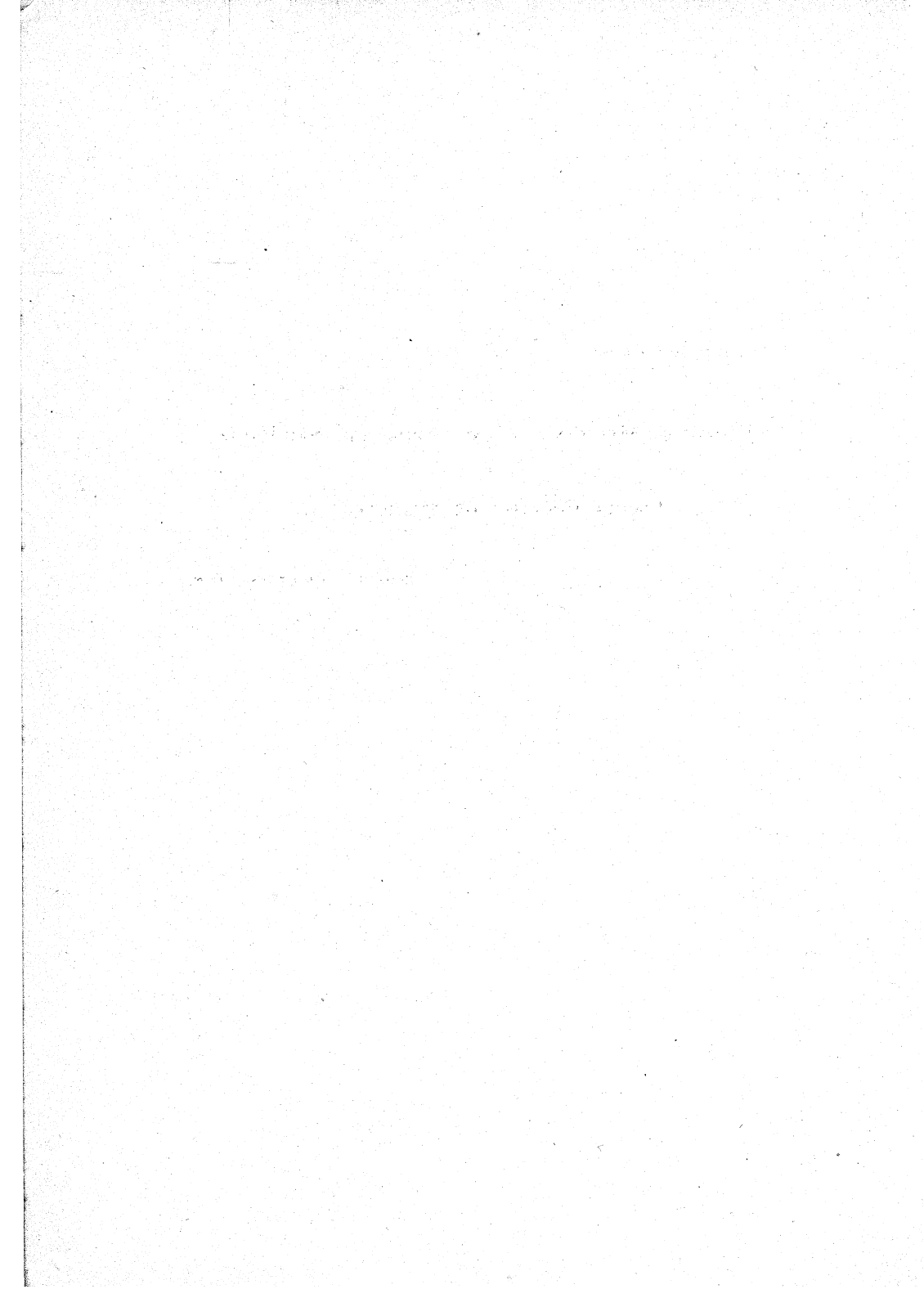
Aos seus alunos

da

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

e da

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

dedica o autor êste livro.

PARECER

Da Comissão de Professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo incumbida de estudar os originais do trabalho do Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva, intitulado:

"PSIQUIATRIA CLÍNICA E FORENSE"

para efeito de merecer os favores do artigo 292 do regulamento.

(Aprovado unanimemente pela Congregação em sessão extraordinária de 24 de janeiro de 1940).

A publicação de obras com caráter didático é ainda muito escassa entre nós.

Ao passo que em todos os países, os livros e compêndios escolares são quasi todos de proveniência nacional, continuamos a importar, invariàvelmente, manuais e tratados estrangeiros para formação cultural e profissional dos nossos estudantes. E' claro que em ciência todo nacionalismo é danoso, mas, sòmente por ser estrangeiro, um livro não deveria, como acontece aquí, ter supremacia sôbre os de casa. Ao lado dos tratados clássicos estrangeiros, devemos ir formando a nossa biblioteca médica própria.

A adoção de compêndios nacionais teria tríplice vantagem: estimular a produção local, pôr ao alcance do estudante livros acessíveis a todas as posses e, sobretudo, promover o estudo das nossas cousas, vistas pelo ângulo pelo qual se apresentam no ambiente brasileiro.

Felizmente, esta falha vem sendo a pouco e pouco preenchida. Os livros publicados nos últimos anos pelos professores e assistentes da nossa Faculdade, não descurando da feição científica, têm visado principalmente a difusão de conhecimentos úteis aos seus alunos.

A presente obra do Professor A. C. Pacheco e Silva — *"Psiquiatria Clínica e Forense"* — obedece à mesma diretriz das anteriores, tendo ainda a particularidade de destinar-se a um público estudantil maior, pois servirá não só para os cursos de Psiquiatria e Medicina Legal da nossa Faculdade, como para os de Direito Penal e Medicina Legal, da Faculdade de Direito.

Só esta circunstância já seria suficiente para despertar a atenção dos signatários dêste parecer para o livro, caso não concorressem nele outros predicados, a lhe recomendar altamente os méritos e a intenção didática manifesta.

Escrito com grande clareza, método e fluência, o que lhe dá a aparência de um simples compêndio para o uso de estudantes, guarda, no fundo, um cunho científico acentuado, pois todas as noções apresentadas são do melhor quilate, afiançadas ainda pela opinião do autor, que só fala e trata das cousas que viu e experimentou com discernimento próprio.

Assim, toda a documentação iconográfica, como a maioria dos casos estudados, são de observação do autor. Não se trata de um dêsses livros de compilação pura, alguns muito bem feitos, mas a que faltam originalidade e autoridade pessoal. Aquí, ao contrário, tudo é próprio, desde a concepção até o desenvolvimento do assunto.

Casuística, pareceres, comemorativos — tudo de que o autor se serve para exemplificação doutrinária provêm do seu arquivo clínico particular e tudo traz a nota de quem escreve porque tem qualquer cousa realmente que dizer.

Depois de ter acumulado tão sugestiva documentação pessoal, não poderia o Professor PACHECO E SILVA guardá-la na gaveta ou utilizá-la ùnicamente como subsídio clínico privativo.

Professor que é, e dos mais brilhantes em sua especialidade do país, estava na obrigação de dá-la à publicidade para conhecimento e proveito de todos.

Foi o que êle compreendeu e fez na presente obra.

A Comissão é de parecer, pois, que o livro do Professor PACHECO E SILVA está absolutamente à altura das melhores publicações saídas com o beneplácito da Faculdade e que faz jus aos direitos e regalias que o nosso regulamento assegura para a edição de obras e livros didáticos.

20.XII.39.

(*a.*) A. DE ALMEIDA PRADO
(*a.*) FLAMINIO FAVERO
(*a.*) ADHERBAL TOLOSA

PREFÁCIO

NO exercício das cátedras de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina e na regência da cadeira de Psicopatologia Forense do Curso de Doutorado da Faculdade de Direito firmou-se-nos a convicção da necessidade dos médicos melhor conhecerem as questões psiquiátricas expostas à luz do nosso direito e dos advogados mais se familiarizarem com os problemas da Psiquiatria hodierna.

Nasceu daí a idéia dêste livro, que se destina a médicos, advogados e estudantes de ambos os cursos, portanto aos que precisam ter à mão um livro de fácil consulta e aos que se iniciam no estudo da Psiquiatria Clínica e Forense.

Cumpria-nos, pois, tanto quanto possível, escrever um livro didático, escoimado de citações excessivas, de termos técnicos pouco conhecidos, isento de discussões doutrinárias que viriam, por fôrça, comprometer a finalidade principal que tínhamos em vista — a de realizar trabalho útil, conciso e, sobretudo, claro.

A Psiquiatria, depois de ter sido elevada a ciência positiva e integrada dentro dos quadros da biologia, viu-se ameaçada de voltar ao caos metafísico, de onde a arrancaram os grandes vultos da medicina mental do século passado.

Daí as dificuldades que se antolham aos que se defrontam presentemente sobretudo com problemas de Psicopatologia Forense. Há a turvar-lhes o entendimento uma infinidade de classificações, um aluvião de doutrinas, uma sinonímia arrevezada e polimorfa, donde o calor com que, nos debates forenses, tanto a acusação como a defesa se empenham, tantas vêzes, sustentando doutrinas opostas.

Não alimentamos a pretensão de lograr maior penetração ao abordarmos os intrincados problemas que se nos deparam; procuramos tão sòmente fugir, tanto quanto possível, de teorias hipotéticas e esdrúxulas, baseadas mais sôbre a fantasia da imaginação que sôbre os princípios severos e positivos da verdade científica, a qual se dilue na confusão creada por ideologias estéreis e obscuras.

A medicina mental obedece às grandes leis da patologia geral. Calcada nesses moldes, a Psiquiatria poderá render à justiça os elementos de que tanto carecem os seus leais servidores na espinhosa

missão que lhes assiste, quer quando lhes cumpre realizar uma perícia, defender uma causa ou ainda lavrar uma sentença que envolva a aplicação de conhecimentos da psicopatologia ao estudo do direito.

Vinte anos de atividades nos mais variados setores da psiquiatria clínica, didática, forense e social nos induziram a tratar dos mais diversos problemas concernentes aos distúrbios da mente humana em nosso meio.

Rendemos aquí a expressão da nossa homenagem à saudosa memória do nosso mestre e amigo Prof. Franco da Rocha, cujos preciosos ensinamentos continuam sempre a inspirar os nossos trabalhos.

Expressamos nestas páginas o nosso sincero reconhecimento ao nosso dedicado assistente Dr. Aristóteles Cardo pelo inestimável concurso que nos prestou na confecção dêste trabalho.

Aos editores "Companhia Editora Nacional" e à "São Paulo Editora", que se encarregou da impressão dêste livro, aquí ficam os nossos melhores agradecimentos pelo cuidado pôsto na confecção desta obra, que irá figurar na "Biblioteca Médica Brasileira", dirigida por êsse espírito de escol que é o Prof. Barbosa Corrêa.

Sai o trabalho com várias imperfeições, é verdade, mas despido de casuística e de iconografia recolhidas em autores estrangeiros. Será isso um mérito?

Digam os que exercem a profissão no Brasil e que, fervorosos discípulos de Hipócrates, seguem os princípios do Pai da Medicina — ter sempre amor ardente à liberdade e à independência.

São Paulo, 20 de maio de 1940.

A. C. PACHECO E SILVA

INTRODUÇÃO

OS médicos de todas as épocas votaram sempre grande admiração e procuraram sempre colaborar com os que se consagram à causa da justiça.

CABANIS atribuia essa verdadeira obsessão dos discípulos de HIPÓCRATES ao fáto do estudo da medicina elevar a alma, engrandecer os domínios da inteligência e entreter os sentimentos generosos das naturezas independentes. Fáto é que as tradições médicas estão cheias de exemplos dignificantes e entre os mais expressivos é justo destacar-se o papel dos alienistas. Assim, PINEL, nos dias tormentosos de setembro, logo após a Revolução Francesa, prègava com entusiasmo os princípios políticos da Constituinte, repudiando com indignação os excessos dos facciosos que deshonravam a República.

ESQUIROL, em pleno período revolucionário, inteiramente votado à causa da justiça e da humanidade, ousou também erguer a sua voz em favor dos seus compatriotas oprimidos pelo regime do terror, numa época em que falar em liberdade constituia um grave perigo. Essa conduta dos alienistas encontra explicação nas palavras de FERRUS, que dizia : "A arte de conduzir os alienados não é diferente da arte de governar os homens equilibrados ; é preciso conviver longamente entre os doentes mentais para que se possa avaliar até que ponto são êles capazes de apreciar o direito e a equidade, e quanto o fanatismo da justiça é comum entre êles". Se tal tendência já era evidente no passado, calcule-se no presente, em que a medicina alarga cada vez mais a sua esfera de ação, em que se aplica cada vez mais a vida dos seres organizados à composição dos agrupamentos sociais.

Compreende-se, destarte, o papel de relêvo ocupado pela Psicopatologia Forense, que abre uma larga via de comunicação entre o direito e a medicina. Para que o jurista possa, entretanto, bem apreciar as múltiplas questões que se lhe oferecem nesse campo, deverá ter, se não conhecimentos profundos, pelo menos princípios da anatomia e fisiologia nervosas e noções de psicologia, sem o que correrá o risco de não poder bem interpretar a Psicopatologia, quando tiver de aplicá-la ao estudo do direito.

Não são poucas as vêzes em que os juristas se vêem a braços com os mais intrincados problemas da medicina mental, que os obrigam a recorrer ao alienista para bem fundamentarem as suas razões, para

reunirem elementos sôbre os quais apoiem a acusação ou a defesa num determinado caso. Basta rever os diários da justiça para se avaliar quantas vêzes é invocado o concurso dos psiquiatras na elucidação dos mais variados problemas da especialidade, desde os mais simples até os mais complexos.

Em matéria criminal, ressalta o estudo dos elementos modificadores da imputabilidade, começando pela simples perturbação dos sentidos e da inteligência até as psicoses perfeitamente caracterizadas.

A simulação, a mitomania e o valor dos testemunhos, a assistência aos anormais e aos alienados criminosos, as leis sôbre tóxicos, os problemas inerentes à delinquência infantil, são hoje de capital importância.

Em matéria civil : a interdição e a curatela dos alienados, os casamentos anuláveis por psicopatia, os testamentos contestados sob a alegação da insanidade do testador ou feitos *in extremis,* a proteção dos bens dos doentes mentais, não podem deixar de merecer a mais acurada atenção dos cultores do direito, que se vêem na contingência de ventilar todos êsses problemas, de acôrdo com os novos conhecimentos de que a ciência se enriquece diàriamente, sem perder de vista a tendência dos modernos códigos, nos quais as ciências biológicas têm papel preponderante, considerando novas formas de direito à saúde e à higidez do indivíduo e até da sua descendência.

As últimas legislações sociais crearam também outras questões atinentes aos acidentes do trabalho e à invalidez, onde não raro se impõem conhecimentos de Psicopatologia, como ocorre na interpretação das psicoses traumáticas.

Se abordarmos o campo do direito administrativo, há a considerar as modernas legislações sôbre os alienados, além dos processos relativos a licenças e aposentadorias dos funcionários públicos atacados de distúrbios psíquicos, cujos direitos estão hoje consubstanciados em códigos, quando não nas próprias Constituições.

Os progressos da Psiquiatria crearam, por seu lado, uma infinidade de questões médico-legais até há bem pouco inexistentes. Citem-se, como exemplos, a da capacidade civil dos paralíticos gerais malarizados ; a dos esquizofrênicos em remissão após a insulina e a convulsoterapia ; a imputabilidade criminal dos perversos post-encefalíticos — para mencionar apenas as principais.

A grande guerra deu também origem a profundas mutações na vida de todos os povos, creando nova ordem de fatores que exigem as vistas dos que se consagram ao estudo do direito internacional, sobretudo num país de grande imigração como é o nosso.

O estudo da criminologia e das ciências penais prende-se cada vez mais ao da Psiquiatria ; a assistência aos psicopatas delinquentes e dos que, por irresponsáveis, não merecem pena, mas que pela sua

perigosidade exigem reclusão em Manicômio Judiciário, estreitou inda mais os laços que já uniam penalistas e psiquiatras.

Por seu lado, o evoluir da medicina mental, as novas diretrizes na forma de assistir aos psicopatas, em regimes abertos e fechados, a internação voluntária dos psicopatas não alienados, o critério humano de se considerar o alienado como doente comum, a transformação dos velhos hospícios em hospitais bem aparelhados — oferecem também margem para interessantes cogitações.

A creação dos tribunais para menores, a tendência para se julgar a delinquência infantil mais como manifestação mórbida, menos como áto delituoso, o papel saliente exercido por psiquiatras, psicólogos e educadores dentro dos reformatórios, e dos institutos de biologia, destinados a estudar a mentalidade infantil, desvendar os seus vícios e corrigir os seus desvios, mercê de terapêutica tanto medicamentosa como psíquica, sôbre a qual se assenta a moderna ortofrenia, são argumentos que dizem alto da necessidade do jurista estar ao par de conhecimentos psiquiátricos.

Cumpre ainda lembrar que só pelo estudo da Psicopatologia é possível se evidenciarem os instintos e os sentimentos humanos, em toda a sua pureza, despidos das conveniências pessoais e das convenções do meio, pois que permite analisar as paixões elevadas ao mais alto grau, libertas das fôrças frenadoras resultantes do equilíbrio psíquico. No homem mentalmente são a censura exercida pelo conciente filtra as livres manifestações do sub-conciente, mascarando, assim, a verdadeira natureza do indivíduo.

Vê-se, pois, quanto tais estudos são indispensáveis aos que necessitam apurar a auto-crítica, refrear os interêsses pessoais, para terem a mais perfeita serenidade na apreciação e no julgamento das causas, mantendo, em toda e qualquer contingência da vida, a conciência lúcida e firme, imprescindível aos que precisam agir prontamente e sem vacilações.

O médico que se vê a braços com problemas de Psiquiatria Forense deve, por sua vez, procurar objetivar tanto quanto possível as suas afirmações, evitando as dissertações filosóficas, as teorias hipotéticas e as interpretações duvidosas, para não se deixar levar pelo exagêro das idéias sistemáticas e preconcebidas, cingindo-se ao papel de esclarecedor da justiça.

As palavras de um dos maiores vultos da medicina legal francesa — o insigne LEGRAND DU SAULLE — devem ser constantemente lembradas : – "A apreciação clínica e médico-legal de um fáto deve resumir-se aos limites estritos que êsse mesmo fáto comporta. Quando um homem tem a honra de ser médico e quando êsse médico consagra todas as horas de sua vida ao estudo do maior infortúnio humano, merece ser ouvido pelos que encarnam a autoridade. Por princípio, saberá êle

manter-se em seu lugar, sem a pretensão de sair fora das suas atribuições, já de si tão vastas, para ainda se inculcar filósofo, juiz ou advogado. Deverá, assim, permanecer tão sòmente médico."

São essas as normas que buscamos seguir nas páginas que se vão ler, nas quais procurámos reunir os parcos conhecimentos auferidos em vinte anos de vida profissional, toda ela votada ao estudo, à observação, ao tratamento e à assistência dos entes mais infelizes da sociedade, quasi sempre vítimas, na justa referência de ESQUIROL, dos preconceitos, da injustiça e da ingratidão dos seus semelhantes.

DEFINIÇÃO. DIVISÃO. HISTÓRICO.

1. A Neuropatologia e sua divisão em Neurologia e Psiquiatria. – 2. A Psiquiatria Forense. – 3. Origens da Psiquiatria Forense. – 4. O histórico da Psiquiatria e a evolução do conceito da alienação mental. – 5. Período de misticismo. – Antiguidade. – 6. Os Asclepíades e Hipócrates. – 7. Os sucessores de Hipócrates. – 8. Os alienados na legislação romana. – 9. A responsabilidade penal e os jurisconsultos romanos. – 10. Situação dos alcoólatras. – 11. Curatela dos alienados. – 12. Idade Média – Atrazo da medicina – Epidemias de loucura religiosa. – 13. A Renascença. Paulo Zacchias – fundador da Psiquiatria Forense. – 14. Os continuadores da obra de Zacchias. – 15. Pinel e a sua obra. – 16. Os sucessores de Pinel. – 17. A escola psicológica alemã. – 18. A escola somática. – 19. Influência dos progressos da Psiquiatria sôbre os problemas médico-legais.

1. A Neuropatologia e sua divisão em Neurologia e Psiquiatria. — Entre as principais especialidades médicas destaca-se a Neuropatologia, que abrange o estudo de todos os distúrbios do sistema nervoso.

Pode-se subdividí-la em duas partes :

a) a Neurologia, que se ocupa dos desarranjos nervosos, sem comprometimento das faculdades psíquicas, isto é, das paralisias, das atrofias, das desordens da sensibilidade, etc.

b) a Psiquiatria, que compreende, como o seu próprio nome está a indicar, os casos em que se verificam perturbações mentais.

Tal divisão, entretanto, convém salientar desde logo, não é absoluta, porquanto não raro se nos depara, num mesmo caso, a coexistência de desordens neurológicas e transtornos psíquicos, o que se explica facilmente, dada a harmonia funcional do sistema nervoso e a proximidade de centros que presidem as funções de uma e de outra esferas.

2. A Psiquiatria Forense. — Um dos ramos mais interessantes e mais difíceis da Psiquiatria é o que trata das suas aplicações às ciências jurídicas, isto é, da chamada Psiquiatria Forense ; Psiquiatria médico-legal, ou ainda — Psicopatologia Forense.

A creação dêsse capítulo especializado da Psiquiatria é de data relativamente recente, pois que, na antiguidade e até mesmo bem perto de nós, se acreditava fossem as desordens mentais devidas não a uma

afecção do cérebro, mas sim à intervenção das divindades, à influência do sobrenatural, prevalecendo sempre conceitos místicos. Não havia, assim, até então, motivo para que os psiquiatras colaborassem com os cultores do direito.

3. Origens da Psiquiatria Forense. — Desde, porém, que se reconheceu, com o evoluir da ciência e com os progressos da civilização, a origem mórbida dos distúrbios mentais, viram-se os juristas na contingência de recorrer às luzes dos alienistas toda vez que a apreciação de um dado caso jurídico implicasse na necessidade de se apurar a possível existência de um alienado envolvido na questão. Não seria realmente humano, e muito menos justo, que se adotasse um só critério uniforme e que se colocassem em igualdade de condições um indivíduo são e outro insano, ao se cogitar da aplicação de leis, tanto da esfera criminal como civil.

Vê-se, assim, que a Psiquiatria Forense nasceu, como já ensinava KRAFFT-EBING, no momento em que, pela primeira vez, se recorreu aos médicos para opinarem si um determinado indivíduo, ao cometer um áto delituoso, estava ou não em seu perfeito juízo.

Desde que a ciência do direito deixou de considerar a culpabilidade sob um aspecto exclusivamente objetivo, julgando a falta não apenas de acôrdo com a extensão dos prejuízos materiais, para indagar também dos fatores subjetivos, da liberdade de ação voluntária e delituosa, a Psiquiatria Forense adquiriu direitos de cidade.

4. O histórico da Psiquiatria e a evolução do conceito da alienação mental. — Para melhor se compreender o histórico da Psiquiatria Forense importa recordar, sumàriamente, a história da alienação mental através dos tempos. Todos os povos, na fase inicial da sua formação, atravessam um período em que predomina a superstição. Imbuidos de grande misticismo, atribuem todas as doenças, sobretudo as mentais, à influência divina.

5. Período de misticismo - Antiguidade. — A história da humanidade está cheia de exemplos expressivos. Na dos hebreus encontramos as crises de mania do rei Saul, que, periòdicamente, possuido por maus espíritos, se agitava e só se acalmava quando ouvia a harpa de David. Dizia-se, também, que o rei Nabucodonosor era com frequência acometido por acessos de licantropia, nos quais se julgava transformado em lobo e entrava a praticar átos desatinados.

Idênticas crenças predominavam no antigo Egito, pois era do domínio público ser o desequilíbrio mental provocado pela intervenção de alguma divindade boa ou má. Daí os numerosos templos erguidos a Saturno, destinados à purificação dos alienados, que para lá eram levados com o fim de assistirem a cerimônias religiosas e invocarem

a graça dos Deuses. Êsses mesmos conceitos se propagaram à Grécia antiga, onde, toda vez que surgia um alienado, atribuia-se o fáto à possessão do paciente pelo espírito de alguma divindade. Conforme os átos praticados e as palavras proferidas pelo possuido, a divindade nele encarnada seria boa ou má. Daí a denominação com que se os designava : demoníacos, energúmenos, possuidos.

Conta-nos a lenda um curioso fáto que se teria passado com as filhas de Pretus, rei de Argos. Estas jovens, extremamente convencidas da sua beleza, tiveram a ousadia de se compararem à estátua de Juno. A Deusa, enfurecida, delas se vingou, fazendo com que, transformadas em vacas, percorressem, mugindo, o reino de Argos, propagando a sua desdita a todas as mulheres. Por fim, delas se compadeceu um pastor médico, de nome Melampo, que as curou recorrendo ao heléboro, planta medicinal cujas virtudes terapêuticas eram tidas, desde a mais remota antiguidade, no mais alto aprêço.

Nem sempre, porém, as divindades intercediam com o objetivo de infligir castigos. Muitas vêzes a sua intervenção visava beneficiar os bemaventurados que caíam nas suas graças ou lhes rendiam culto. Entre as mais celebradas figurava Phiton, de Delfos, cuja generosidade era imensa, amparando os pobres, os doentes e os humildes que recorriam à sua proteção.

6. Os Asclepíades e Hipócrates. — Foi na Grécia antiga que surgiram os Asclepíades, seita de padres-médicos que se diziam descendentes de Esculápio, monopolizando a cura das doenças mentais.

Os processos terapêuticos por êles usados consistiam em práticas religiosas associadas a tratamentos médicos. Os doentes eram submetidos a purificações, banhados em água lustral ou no sangue recolhido de animais sacrificados em holocausto aos Deuses. Ao entrarem para os templos dos Asclepíades, deviam os pacientes sujeitar-se a uma série de regimes : dietas alimentares, banhos, sangrias, etc.

HIPÓCRATES, o Pai da Medicina, que pertencia também a essa seita, se insurgiu contra vários dos métodos preconizados pelos Asclepíades no tratamento das doenças mentais, cingindo-se tão sòmente aos processos terapêuticos, abandonando as práticas religiosas.

O Pai da Medicina estudou detidamente as principais formas mentais observadas em seu tempo, estabelecendo uma classificação que, embora primitiva, já delineava, em suas linhas gerais, a divisão das psicoses. Descreveu êle a mania, a melancolia, a excitação psicomotora, a dor moral dos hipocondríacos, a então denominada *frenitis*, psicose que seria devida a uma exaltação do centro frênico e que corresponderia aos atuais delírios febrís agudos. Deixou, também, magníficos estudos do mal sagrado (epilepsia). A sua preocupação se não cingiu, todavia, à descrição clínica das doenças mentais, pois que

se preocupou também com o regime a que viviam submetidos os alienados naquela época, clamando contra os processos violentos utilizados, insistindo para que fossem eliminados os meios coercitivos.

7. Os sucessores de Hipócrates. — A HIPÓCRATES seguem-se HERÓFILO e ERESISTRATO, que pertencem ao período Alexandrino. Essas duas grandes figuras da medicina do passado muito se dedicaram à anatomia e à fisiologia do sistema nervoso, não só comprovando várias das hipóteses estabelecidas por HIPÓCRATES, como ainda abrindo novo ciclo na história da Psiquiatria, que, de espiritualista, entrou na sua fase somática. Verificou-se, a seguir, o deslocamento científico de Alexandria para Roma, logo após a vitória de Pompeu. Inicia-se, ao depois, o período denominado grego-romano, com figuras de grande relêvo, como ASCLEPÍADES, CELSO, ARETEU, CŒLIUS AURELIANUS e GALENO.

8. Os alienados na legislação romana. — Os elementos de que dispomos para aquilatar das leis relativas aos alienados na Grécia não nos permitem senão estabelecer conjeturas. Já o mesmo não se dá com relação à legislação romana, embora nem sempre seja fácil interpretar o texto daquelas leis.

Os jurisconsultos daquela época costumavam distinguir o *furiosus*, isto é, aquele cuja loucura se manifestava por idéias estravagantes, acompanhadas por excessos e violências, mas que, não obstante, apresentaria intervalos lúcidos, do *mentecaptus*, cujo transtôrno mental seria contínuo, sem períodos de acalmia ou lucidez.

Eram os fracos de espírito designados pelas expressões — *fatuus, insanus, stultus*.

Quando a moléstia evoluia, afetando gravemente as faculdades do entendimento, haveria *dementia*.

A lei já cuidava de proteger os interêsses dos surdos-mudos e de todos aqueles que se encontravam impossibilitados de zelar pelos seus bens. Tais medidas eram extensivas aos *prodigi*, isto é, aos que dissipavam pròdigamente as suas fortunas.

Se tais providências visavam assegurar os interêsses dos alienados, não há, por outro lado, na história romana, indícios de preocupação em tratar dos psicopatas.

Todavia, no interêsse da segurança social, a administração pública procurava, por vários meios ao seu alcance, impedir que os insanos praticassem átos perigosos. Pesada responsabilidade recaía sôbre os guardas dos chamados cárceres, pois que lhes cumpria, além de dispensar bom tratamento aos que lhes eram confiados, impedir que os insanos praticassem átos insensatos.

No fim do império já existiam as *valetudinárias*, as primeiras casas de saúde primitivas, que eram destinadas aos funcionários públicos e

aos que se comprometiam a pagar as despesas necessárias à sua manutenção, nas quais eram também admitidos alienados.

Quando as condições o permitiam, ficavam os doentes assistidos no próprio domicílio, recebendo das respectivas famílias os cuidados necessários. Penas severas eram impostas aos que se descuidavam da assistência aos parentes com perturbações mentais.

Data dessa época a aplicação dos primeiros princípios relativos à tutela e à curatela.

9. A responsabilidade penal e os jurisconsultos romanos. — No que concerne à responsabilidade penal dos alienados, os jurisconsultos romanos admitiam a dirimente da loucura. Marco Aurélio e Lucius Verus reconheceram, assim, a imputabilidade de certo homem que havia assassinado a própria mãe, argumentando : Foi êle suficientemente punido pelo seu furor — *Satis ipso furore punitur.* Entretanto, não afastava a hipótese da simulação, a julgar pelo rescrito endereçado a Scapula Fertyllus : "Se vos capacitardes plenamente que Aelius Prescus estava em tal estado de furor que o privava por completo da razão e que não haveria suspeita de simulação, quando assassinou sua própria mãe, não deveis puní-lo. A doença que o acometeu é já de si um castigo assaz duro Mas deveis observá-lo de perto, acorrentai-o si o encontrardes bom, não para castigá-lo, mas para a sua própria segurança e a dos seus parentes.

Se verificardes intervalos lúcidos, o que é bastante frequente, averiguai se o crime não foi praticado num dêsses estados. Em caso afirmativo não merecerá êle perdão algum e então veremos se será o caso de condená-lo ao último suplício, punição merecida por um tão grande crime ... "

10. Situação dos alcoólatras. — Vale também recordar o problema, desde aquela época como ainda hoje tão debatido, da responsabilidade dos alcoólatras. Era a embriaguez então apontada como dirimente "Per vinun aut lascivians lapsis capitalis pena remittenda est, et milita mutatis irroganda." Mas a pena não era senão atenuada, porque, se não se podiam incriminar os átos praticados por um embriagado, difìcilmente se justificaria encontrar-se alguém em tal estado sem ser disso culpado, donde o se punir não o alcoolista, mas sim o seu estado de embriaguez.

11. Curatela dos alienados. — A curatela dos alienados já era prevista na Lei das Doze Tábuas. A lei, entretanto, não era aplicada a todos os alienados. Apenas os *furiosus* faziam jus à curatela : "Si furiosus est, adgnatorum gentilium que in eo pecunia que éjus esto".

Os *mentecaptus* eram protegidos em virtude da Lei das Doze Tábuas cuidar muito mais do interêsse dos herdeiros pressuntivos que

pròpriamente da proteção dos alienados e, como não era possível, a um alienado sem lúcido intervalo, comprometer seu patrimônio, a incapacidade total garantiria suficientemente os direitos de seus herdeiros. Todavia, para merecer um curador, o furioso deveria ser púbere e *sui juris,* isto é, não estar sob qualquer proteção. No tocante às pessoas *alieni juris,* o que equivale dizer destituidas de bens, o curador seria desnecessário.

12. Idade Média. Atrazo da Medicina. Epidemias de loucura religiosa. — A Psiquiatria médico-legal passou, pouco depois, por uma fase de verdadeiro retrocesso com a volta de idéias místicas as mais absurdas, que reviveram na Idade Média as crenças primitivas, atribuindo-se, de novo, os desarranjos do cérebro aos maus espíritos. Ocorreram em tal época grandes epidemias de loucura religiosa, que atacaram centenas e centenas de pessoas, as quais se julgavam possuidas pelo demônio. Os endemoninhados eram submetidos às maiores torturas, dêles se ocupando até os Códigos da época. Muitos dentre êles foram submetidos aos maiores martírios, pois que assim procedendo era crença geral que se castigava o demônio encarnado no corpo da vítima.

Nas praças públicas se erguiam fogueiras onde os possuidos eram amarrados, supliciados e, não raro, queimados vivos. Essa fase terrível, de bruxarias e sortilégios, teve profunda influência no espírito da época ; nem siquer médicos notáveis, como AMBROISE PARÉ, dela se furtaram.

13. A Renascença. Paulo Zacchias – fundador da Psiquiatria Forense. — Mais tarde, com a Renascença, desenhou-se grande reação contra as superstições religiosas. Nesse período se constituiu o Tribunal da Rota, que entendeu ouvir a opinião de um médico, antes de, em certos casos, tomar qualquer decisão. PAULO ZACCHIAS, primeiro médico do Papa e dos Estados, se houve nessa função com grande sabedoria, fazendo com que a sua opinião fosse acatada e respeitada. Realizou êle obra de valor imperecível, emitindo pareceres nos quais revelava vasto saber e erudição, razão porque foi justamente consagrado o pai da medicina legal e o fundador da Psicopatologia Forense.

O livro fundamental de ZACCHIAS foi publicado em 1650, sob o título "Questiones médico-legales". Segundo LAIGNEL LAVASTINE e VINCHON, as primeiras cincoenta páginas dêsse livro, as mais interessantes, fazem parte do capítulo intitulado "De dementia et rationes læsione et morbis omnibus qui rationem leadunt, contiens questiones viginti-tres." Nessas vinte e três questões ZACCHIAS diz ser o médico o único competente para julgar do estado mental de um indivíduo. Tal critério, em pleno século XVII, diz bem da mentalidade daquele grande psiquiatra, tendo em vista, sobretudo, o fáto de, em princípios do século XIX, um homem da estatura de KANT afirmar que, para se

saber se um indivíduo seria ou não alienado, bastaria uma pequena dose de bom senso.

Tão grande foi o papel de ZACCHIAS que LAIGNEL LAVASTINE, no seu curso realizado no Instituto de Criminologia de París, divide o histórico da Psiquiatria Médico-Legal em dois períodos: anterior e posterior a ZACCHIAS.

14. Os continuadores da obra de Zacchias. — No século XVIII, HERMANN BOERHAAVE, entre os seus múltiplos e valiosos estudos, cuidou da histeria sob o ponto de vista médico-legal. LOCKE, LE CAMUS e DUFOUR contribuiram, também, com os seus trabalhos, para o desenvolvimento da Psiquiatria Forense.

15. Pinel e a sua obra. — No fim dêsse século surge PINEL, que não limitou a sua obra à mais humanitária reforma de que há memória, libertando os alienados dos grilhões em que viviam detidos em masmorras infectas, mas também se ocupou detidamente dos problemas jurídicos atinentes aos alienados, como se depreende dêste trecho magistral: "A parte da jurisprudência médica relativa aos alienados abre tão vasto campo às pesquisas que estou longe de pretender realizar siquer um esbôço. Não é possível dissimular serem ainda mal conhecidas as bases fundamentais e os limites recíprocos entre os domínios da jurisprudência e da medicina; foi pelo fáto de procurar conhecê-los que me encontrei, muitas vêzes, em dúvidas e perplexidades, depois de mais de 20 anos à frente, sucessivamente, de hospícios de alienados de um e outro sexos. Sou, sem dúvida, zeloso partidário da medicina de observação e dos seus direitos à estima pública; mas sou ainda mais das grandes verdades que interessam todas as camadas sociais."

Uma só regra, segundo PINEL, se impõe na redação dos relatórios jurídicos: tirar conclusões da história fiel dos sintomas e de suas causas. Para êle, a noção da curabilidade ou da incurabilidade da alienação mental tem importância considerável em medicina legal. Só um médico instruido, dotado de bom raciocínio e de sólidas qualidades morais poderá responder à questão — se a alienação mental é curável. A resposta levará os magistrados a tomar decisões graves, como a interdição; a dissolução da união conjugal, de um patrimônio ou de considerável fortuna e, quiçá, a deposição de um príncipe.

16. Os sucessores de Pinel. — Seguindo as pègadas de PINEL, os alienistas do século passado se empenharam vivamente na apreciação dos problemas médico-legais relacionados com a Psiquiatria. Não houve questão que não fosse objeto do mais cuidadoso estudo, vista sob os mais variados prismas, de acôrdo com a evolução das doutrinas médicas e jurídicas.

Esquirol, o mais ilustre dentre os discípulos de Pinel, imprimiu grande impulso à reforma inaugurada pelo seu mestre, promovendo medidas de grande alcance em favor dos alienados, demonstrando ser o hospital para insanos, entregue nas mãos de um psiquiatra hábil e dedicado, o mais poderoso meio de cura das doenças mentais.

Prosseguindo na campanha encetada por Pinel, Esquirol percorreu a França inteira e não hesitou mesmo em traduzir, em linguagem crua e com inaudita coragem, as impressões que colhera, no célebre relatório apresentado, em 1818, ao Ministro do Interior da França, onde se lê : "Eu os vi cobertos de farrapos, não tendo senão palha para preservar-se da fria humidade do lagedo onde se deitavam. Eu os vi mal alimentados, privados de ar para respirar, de água para mitigar a sêde, e de tudo quanto é mais necessário à vida. Eu os vi entregues a verdadeiros carrascos, confiados a uma assistência brutal. Encontrei-os recolhidos a recantos estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, acorrentados nesses antros onde se suporiam encerrados animais ferozes, que o luxo dos governos mantêm com grandes despesas nas capitais. Eis aí o que eu vi em quasi toda a França ; eis como são êles tratados em toda a Europa."

Esquirol teve a sua obra continuada por psiquiatras eminentes, entre os quais se destacam Leuret, que era um apaixonado pelos estudos de psicologia pura, escrevendo o seu célebre livro "O tratamento moral da Loucura", e Georget, que, adotando critério oposto, se consagrou ao estudo das psicoses baseado na observação clínica e na anatomia patológica.

17. A escola psicológica alemã. — Contemporaneamente aos trabalhos de Pinel e seus continuadores, surgia na Alemanha uma escola psiquiátrica alicerçada exclusivamente na psicologia, fundada por Langermann e prosseguida por Ideler e Heinroth. Êste último, partidário de Stahl, exagerou as suas doutrinas, considerando os distúrbios mentais como resultantes da perversidade, da imoralidade, do êrro, do pecado. A insânia seria, para êste autor, uma moléstia da alma, dela não participando nem o corpo, nem os seus órgãos. A hereditariedade em nada influiria sôbre o seu aparecimento, uma vez que a alma não está subordinada a origens ancestrais. Assim, o melhor preservativo da loucura repousaria na crença em Deus e na observação dos preceitos religiosos.

Menos exclusivista que Heinroth, Ideler não identificava a loucura ao pecado, exaltando a importância das paixões desenfreadas na gênese dos distúrbios psíquicos, donde o valor da educação na sua prevenção.

18. A escola somática. — Não tardou surgisse na própria Alemanha uma reação contra os exageros da escola psicológica, dando lugar

à formação da que foi, mais tarde, denominada escola somática. JACOBI, NASSE, e sobretudo GRIESENGET, demonstraram a frequência de lesões cerebrais e de outras vísceras nos alienados. JACOBI não teve mesmo dúvida em afirmar, de forma categórica, ser a loucura um fenômeno mórbido simpático, cuja origem reside na lesão de um órgão distante.

19. Influência dos progressos da Psiquiatria sôbre os problemas médico-legais. — Incalculável reflexo tiveram, na apreciação das questões médico-legais, os progressos realizados pela Psiquiatria, nestes últimos anos, nos seus mais variados setores. Tornou-se, assim, possível a delimitação dos síndromos mentais em quadros nosográficos bem demarcados, de forma a permitir a distinção dos que são oriundos de causas externas e acidentais, dos que se subordinam a causas hereditárias. O diagnóstico diferencial preciso de várias modalidades clínicas ; a possibilidade de se estabelecerem prognósticos com maior segurança ; os numerosos recursos oferecidos pelos novos métodos de indagação clínica e biológica e, finalmente, os brilhantes resultados obtidos mercê da moderna terapêutica psiquiátrica, não podiam deixar de influir poderosamente sôbre a Psicopatologia Forense.

Assim, a paralisia geral, conhecida primitivamente por paralisia geral progressiva e ainda designada pela expressão — paralisia geral dos alienados, — porque se acreditava fosse essa uma forma de terminação comum a várias doenças mentais, passou a ser considerada como entidade mórbida distinta, com sua etiologia, sintomatologia e anatomia patológica perfeitamente conhecidas, que os progressos da biologia vieram confirmar cabalmente com a descoberta das reações sorológicas e com a demonstração da presença do virus sifilítico no cérebro dos paralíticos gerais. O conceito da incurabilidade da doença de BAYLE sofreu também grande modificação após a descoberta, por von JAUREGG, da malarioterapia.

A demência senil passou a ser descrita em capítulo à parte, desvendadas que foram as lesões anátomo-patológicas que lhe são próprias, dela se destacando a artério-esclerose cerebral.

As lesões em fóco, assim como suas relações com os centros da linguagem, tornaram-se bem conhecidas.

Aprofundou-se o estudo anátomo-patológico da deficiência mental por parada de desenvolvimento, graças, sobretudo, aos trabalhos de BOURNEVILLE.

Reconheceu-se o papel da tiroide na idiotia mixœdematosa, razão por que foi tal forma desligada das relacionadas com a parada de desenvolvimento.

A origem infectuosa, hétero e endotóxica, das psicoses agudas, com o síndromo confusional e o delírio onírico, ficou inteiramente esclarecida, graças sobretudo a RÉGIS e aos de sua escola.

Dentre as psicoses consideradas como *sine matéria* foi isolada a psicose periódica.

A histeria, tão bem estudada por CHARCÔT e cujas bases pareciam definitivamente assentes, foi novamente abordada por BABINSKI, FREUD, KRETSCHMER e, ultimamente, pelos da chamada escola rumaica, voltando a ser questão aberta.

A epilepsia, considerada durante largos anos como neurose, e como tal tratada, alargou extraordinàriamente o seu quadro, que se não mais limita às crises convulsivas, a ela se incorporando as formas ditas larvadas ou psíquicas, de grande importância em Psiquiatria médico-legal, dada a sua frequência e a instantaneidade com que se manifestam. O critério da epilepsia síndromo prevaleceu sôbre o da epilepsia doença, modificando não só a orientação terapêutica, como o prognóstico das crises convulsivas.

O conceito da demência precoce, bem fundamentado por KRAEPELIN, que num trabalho de síntese verdadeiramente notável agrupou num só capítulo quadros clínicos até então esparsos, sofreu grandes modificações após os estudos de BLEULER e de tantos outros psiquiatras que abordaram a questão das esquizofrenias. A terapêutica moderna, pela insulina e pela convulsoterapia, veio também modificar o antigo conceito da incurabilidade das formas esquizofrênicas, refletindo-se sôbre o campo médico-legal.

A psicanálise teve enorme divulgação, penetrando não só nos domínios médicos, como em todas as esferas do conhecimento humano ; assim, as suas aplicações médico-legais não podiam deixar de despertar o entusiasmo dos apaixonados.

De posse dos elementos citados e de muitos outros de que a Psiquiatria se enriquece dia a dia, vão as suas aplicações forenses sofrendo um movimento que não cessa e que está longe de ser dado por concluído, a despeito dos grandes avanços já realizados.

CAUSAS DAS DOENÇAS MENTAIS

1. Causas predisponentes e determinantes. – 2. Civilização. – 3. Raças. – 4. Acontecimentos políticos. Guerras. Revoluções. – 5. Fanatismo religioso. Crenças e superstições. Espiritismo. – 6. Cataclismas terrestres. Hecatombes. Catástrofes e Acidentes. Epidemias. – 7. Temperatura. Clima. Pressão atmosférica. Ciclos lunares. – 8. Herança. – 9. Idade. – 10. Estado civil. – 11. Profissões. – 12. Educação. – 13. Estafa física e psíquica. – 14. Emoções. Paixões. – 15. Privações. Miséria. Revezes da fortuna. – 16. Detenção. – 17. Causas mecânicas. – 18. Causas fisiológicas. - 19 Causas patológicas.

1. Causas predisponentes e determinantes. — Um sem número de fatores, agindo concorrentemente, contribue para a eclosão das psicopatias. Tais fatores podem ser divididos em dois grandes grupos — das causas predisponentes e das causas determinantes. Nem sempre é fácil precisar-se exatamente qual o fator ou fatores responsáveis por um determinado caso de psicopatia, tendo-se em vista a diversidade de origens que podem ser invocadas. Se isso ocorre em muitos casos, em outros é possível, pelos atuais meios de que dispõe a ciência, apurar-se o principal agente causador de uma determinada doença mental.

2. Civilização. — Entre as causas gerais apontadas como capazes de tornar o sistema nervoso mais vulnerável, facilitando a deflagração dos distúrbios psíquicos, figura, logo na primeira plana, a civilização. Realmente, a intensidade da vida moderna, as dificuldades econômicas, a rapidez das comunicações, a rapidez da difusão do pensamento, a vida anti-higiênica das grandes coletividades, a deficiência alimentar, o ruido intenso e incessante das grandes aglomerações, a tensão de espírito permanente em que vive o homem de hoje, os hábitos de luxo, os prazeres excessivos, contribuem, indiscutivelmente, para aumentar, de modo assustador, as psicopatias.

WILLIAM WHITE, impressionado com a maré crescente de doentes mentais nos Estados Unidos, chegou à conclusão de que o número de psicopatas é tanto maior quanto mais civilizado for determinado povo.

KRAFFT-EBING, já há muitos anos, repetia, comentando o aumento dos casos de paralisia geral, que esta seria devida a duas causas principais: a civilização e a sifilização, asserção que estudos posteriores confirmaram integralmente.

Todos os países do mundo se debatem hoje com o problema, cada vez mais sério e alarmante, da superlotação dos hospitais psiquiátricos. As estatísticas demonstram a necessidade mínima de se dispor, para cada mil habitantes, de três leitos destinados a psicopatas, o que representa número elevadíssimo para os países de população densa ou numerosa.

Nos países novos, cuja população é composta de elementos heterogêneos resultantes de uma imigração anárquica e mal selecionada, onde uma infinidade de raças, das mais diversas origens, ainda se encontram em fusão, o problema se apresenta com muitas agravantes. Tal é o nosso caso, tal é a situação de todos os países da América.

Num bem documentado estudo, GONZALO BOSCH aborda o que êle denominou "O pavoroso aspecto da loucura na República Argentina". No Brasil, FRANCO DA ROCHA, JULIANO MOREIRA, HENRIQUE ROXO, A. AUSTREGESILO, AFRANIO PEIXOTO, ULYSSES PERNAMBUCANO, GUSTAVO RIEDEL, ERNANI LOPES, PACHECO E SILVA trataram, em numerosos escritos, do momentoso problema, para concluirem pela necessidade urgente de ser o assunto rigorosamente ventilado, daí resultando a fundação das Ligas Brasileira, Paulista e Pernambucana de Higiene Mental.

3. ***Raças.*** — Tem-se discutido a relação entre as raças e as doenças mentais, buscando-se verificar si há povos mais sujeitos e outros mais refratários a esta ou àquela forma de alienação mental. Entre nós, como demonstrámos na Assembléia Nacional Constituinte e em outros trabalhos, o número de psicopatas estrangeiros é muito maior, proporcionalmente, ao de nacionais, o que demonstra a necessidade de se estabelecerem medidas rigorosas, não só visando a seleção racial como a seleção individual dos imigrantes. A nossa experiência demonstra ser a raça negra menos sujeita à paralisia geral e mais exposta ao alcoólismo e às psicoses alucinatórias. Os casos de paralisia geral são também mais raros entre os indivíduos da raça amarela, que por sua vez são acometidos, com maior frequência, pelas formas esquizofrênicas.

Muitos autores se referem à frequência das psicopatias entre os israelitas. A nossa observação confirma êsse modo de pensar, cumprindo entretanto ponderar não ser possível consignar-se si tal ocorre em virtude de uma miopragia nervosa peculiar à raça ou si tal se deve a outros fatores oriundos da perseguição contra êles movida e que recrudesceu nestes últimos anos, em certos países, lançando a desolação a milhares e milhares de pessoas, obrigadas a abandonar o país de origem, com perda da situação e bens materiais, forçadas a emigrar e a recomeçar a vida em circunstâncias nem sempre favoráveis.

4. ***Acontecimentos políticos. Guerras. Revoluções.*** — As grandes mutações sociais, sobretudo as que abalam profundamente a

opinião pública, atingem os espíritos mais sensíveis, daí gerando um estado psicótico ou deflagrando uma psicopatia latente.

RÉGIS perfilia a opinião de MOREL, quando entende ter se exagerado a importância das guerras e revoluções na gênese das desordens mentais, julgando mesmo que muitos indivíduos encontram nas campanhas derivativo para as suas preocupações mórbidas. Com essa opinião não concordam todos os psiquiatras. Realmente, as últimas guerras, com todos os seus horrores, o emprêgo de poderosas máquinas de destruição humana, que espalham a morte por toda parte, o bombardeio aéreo de cidades abertas, o emprêgo de gases asfixiantes, as restrições alimentares, as privações e o êxodo de grandes massas, os quadros pungentes que se deparam, não só nas frentes de batalha, como na retaguarda, não podem deixar de atuar sôbre o sistema nervoso, rompendo o equilíbrio instável dos predispostos, agindo sôbre o espírito das mulheres e das crianças, cujo grau de impressionabilidade é maior. A "guerra de nervos" é hoje poderosa arma utilisada para abater o moral dos povos em luta.

5. Fanatismo religioso. Crenças e superstições. Espiritismo. — Grande influência exercem sôbre o psiquismo humano as idéias religiosas. Em todos os tempos e em todos os povos o fanatismo religioso figura como um dos elementos capazes de desviar o raciocínio humano do seu curso normal. Na Idade Média, sobretudo, grande foi a repercussão, no mundo inteiro, da guerra das religiões, das reformas e suas consequências, despertando polêmicas ardentes entre espíritos apaixonados imbuidos de idéias sobrenaturais.

Entre nós, a influência do misticismo e das idéias religiosas mal concebidas e interpretadas, sobretudo no interior do país, no seio da população rústica, extremamente crédula e sugestionável, tem dado lugar a verdadeiras epidemias religiosas, algumas de graves consequências sociais. NINA RODRIGUES, em interessante estudo, focalizou êsse aspecto com observações colhidas na Guerra de Canudos, onde o fanatismo mórbido de Antonio Conselheiro arrastou grande número de adeptos dispostos ao supremo sacrifício em pról de uma causa ingrata. A campanha do Contestado, o Joazeiro do Padre Cícero, tão bem focalizado por Lourenço Filho, são outros exemplos do efeito pernicioso das idéias malsãs de fundo religioso ou místico, lançadas no seio de uma população ignorante.

A imprensa, em busca de sensacionalismo, inconcientemente estimula essas crenças e torna ainda mais arraigados idéias e preconceitos falsos, quando noticia o aparecimento de novas santidades, que realizam curas prodigiosas, operando verdadeiros milagres.

Nefasta, perniciosa sob múltiplos aspectos é também a influência do baixo espiritismo sôbre o público, sobretudo quando se exerce sôbre indivíduos sugestionáveis, predispostos, que se deixam empolgar pelas

falsas idéias apregoadas por indivíduos tarados ou são vítimas da solércia dos espertos que exploram a credulidade popular, descobrindo fácil processo de viver à custa alheia, sem maior trabalho senão o de ludibriar o próximo. Tais malefícios são ainda maiores pelas consequências que acarretam, pelos distúrbios psíquicos que provocam e pelos átos desatinados praticados pelos que agem sob a influência de idéias espíritas.

LEONÍDIO RIBEIRO e MURILO DE CAMPOS reuniram em precioso livro, prefaciado por AFRÂNIO PEIXOTO, a opinião das nossas grandes figuras da Psiquiatria, unânimes em reconhecer os prejuízos dessas práticas abusivas, que provocam ou agravam as desordens mentais e não raro conduzem ao crime, implantando a desgraça no seio da família e da coletividade.

6. Cataclismas terrestres. Hecatombes. Catástrofes e acidentes. Epidemias. — Os cataclismas terrestres, os terremotos, os naufrágios, os acidentes de caminho de ferro, como os automobilísticos e os de viação aérea podem, pelas lesões graves que determinam, como ainda pelo profundo abalo nervoso que se segue, provocar distúrbios psíquicos os mais variados. Assim, os alienistas italianos observaram numerosos casos de psicopatia em pessoas que sofreram as consequências do terremoto de Messina. Os distúrbios mentais, consequentes aos acidentes do tráfego, são de observação corrente.

Por ocasião do desmoronamento do Monte Serrat, na cidade de Santos, duas vítimas deram pouco depois entrada no Hospital de Juquerí, por apresentarem distúrbios psíquicos caracterizados por psicoses de pavor.

As epidemias, pelo medo que infundem às pessoas fàcilmente impressionáveis, têm sido também incriminadas como responsáveis por distúrbios psíquicos.

7. Temperatura. Clima. Pressão atmosférica. Ciclos lunares. — Entre os fatores apontados pelos alienistas estrangeiros como suscetíveis de acarretar o aparecimento de psicoses costuma-se mencionar o calor excessivo. Parece ter havido certo exagêro nessa observação, a julgar pelos estudos realizados em nosso meio. Os Professores JULIANO MOREIRA e AFRÂNIO PEIXOTO, em estudos feitos no Hospital Pedro II, com a colaboração do Dr. MORITZ, do Observatório Nacional, chegaram a conclusões negativas a respeito da influência climatérica, não só sôbre a eclosão das psicoses como sôbre o estado mental dos indivíduos atacados de alienação mental e ainda sôbre o maior ou menor número de crises epiléticas.

A pressão atmosférica, as modificações que antecedem as tempestades não deixam de exercer ação sôbre o sistema nervoso das pessoas normais e têm também certa repercussão sôbre os psicopatas, na opinião de muitos alienistas.

Antigamente se dava grande importância à influência dos astros sôbre os doentes mentais, sobretudo aos ciclos lunares, donde a expressão — lunáticos, ainda hoje empregada para se designar um doente mental.

Os eclipses, o aparecimento de cometas e o receio de fim do mundo que tais fenômenos infundem às pessoas ignorantes, podem trazer profunda apreensão, capaz de gerar desordens psíquicas nos predispostos.

8. Herança. — A hereditariedade é, indubitàvelmente, uma das causas principais, a causa das causas, como dizia TRÉLAT, das desordens psíquicas. DÉGÉRINE, que fez notáveis estudos sôbre a herança em patologia nervosa e mental, afirmava que, em nove décimos dos casos, êsse fator interviria diretamente na instalação da doença.

A herança pode se evidenciar sob várias formas. Quando o filho herda diretamente dos pais, é ela dita imediata. Si a doença salta algumas gerações, para surgir mais tarde, nos descendentes, a herança é denominada atávica.

No caso da herança decorrer apenas de uma das linhas, paterna ou materna, chama-se simples. Convergente será quando provenha de ambos os lados. Si se observarem indícios de hereditariedade patológica apenas nos colaterais, e não nos ramos diretos, há a denominada colateral. Quando os fenômenos surgem sempre numa mesma idade, tanto nos ascendentes como nos descendentes, a hereditariedade é dita homócroma. Si porventura os distúrbios observados nos pais se transmitem com os mesmos caracteres aos filhos, tem lugar a herança similar. Quando não oferece os mesmos característicos, se a denomina transformada. Toda vez que o quadro mórbido se for agravando, à medida que surge em novas gerações, a herança é dita progressiva, e, si se for atenuando, dar-se-á o caso da regressiva.

A hereditariedade é por vezes caprichosa e dá lugar a tipos díspares. Assim se verifica com o tão debatido problema do gênio e da loucura. Indivíduos geniais têm filhos desequilibrados e desequilibrados têm filhos geniais.

As modernas noções relativas à hereditariedade obedecem às leis de MENDEL, que exclue a influência infecciosa ou tóxica, para se limitar aos caracteres genotípicos, representados pelos fatores cromosômicos.

A herança psíquica, como a física, ora se manifesta com o caráter dominante, ora com o recessivo.

Preocupados com o papel da herança na etiologia das doenças mentais, os psiquiatras modernos têm voltado as suas vistas para a eugenia e suas aplicações à higiene mental. Daí a creação dos Institutos de Genealogia e de Antropologia e as medidas de esterilização compulsória, como ocorre na Alemanha, visando impedir a perpetuação das estirpes taradas.

9. Idade. — A idade tem, também, incontestável influência no determinismo das psicoses. Na infância, em consequência das meningo-encefalites infecciosas, ocorrem as paradas do desenvolvimento cerebral, que dão lugar aos mais variados tipos de debilidade mental, acompanhada ou não de crises epiléticas com os seus equivalentes psíquicos.

A adolescência, fase de transição em que há profundas mutações endocrínicas, é propícia à instalação da demência precoce, hoje compreendida nos quadros das esquizofrenias, de acôrdo com a concepção de BLEULER.

Na idade madura, a psicose mais frequente, sobretudo no homem, é a paralisia geral.

Na velhice são as formas de involução senil, as chamadas psicoses da senilidade que dominam na grande maioria dos casos.

10. Estado civil. — Muitos autores têm procurado estabelecer relação entre o estado civil do indivíduo e a frequência das psicopatias. As estatísticas demonstram maior incidência de doenças mentais entre os solteiros. Diversas interpretações têm sido dadas a êsse fáto. Uns entendem que a vida do solteiro é menos regular, o que viria concorrer para afetar o sistema nervoso. Outros pensam que o maior contingente de solteiros resulta da tendência celibatária ser indício de misantropismo, denunciador de um temperamento predisposto.

Depois dos solteiros, figuram com maior percentagem os viuvos e, em último lugar, os casados.

Têm-se descrito casos da chamada psicose nupcial, em que os distúrbios psíquicos se manifestam logo após o matrimônio. Não há razão para semelhante denominação, porquanto a observação demonstra tratar-se de formas latentes, despertadas pelas emoções do casamento, sobretudo nas nubentes.

11. Profissões. — Em regra, os habitantes do campo têm vida mais sadia que os citadinos e são menos expostos às doenças mentais. No campo, o indivíduo vive em ambiente calmo e tranquilo, afastado da agitação das grandes cidades e de múltiplos fatores — ruido, tensão nervosa, concorrência vital, etc., que afetam o sistema nervoso.

As estatísticas revelam uma elevada percentagem de militares apresentando desordens mentais. Isso se explica em virtude do regime de vida irregular dos militares, vivendo em casernas, obrigados a uma vida nômade, mais expostos às infecções, sobretudo venéreas, fazendo uso desmedido de bebidas alcoólicas.

Entre as profissões liberais recrutam-se muitos casos de alienação mental, o que se deve ao trabalho de cerebração intensa a que se entregam os intelectuais, muitos dos quais não possuem a resistência psíquica necessária.

Os operários e artífices também são sujeitos a desordens psíquicas em virtude das intoxicações profissionais resultantes da absorção de vapores nocivos, de ácidos e substâncias químicas utilizadas nas indústrias químicas e metalúrgicas e que atuam sôbre o sistema nervoso.

Os taberneiros, os empregados de hotéis e restaurantes, os cervejeiros são as maiores vítimas do alcoolismo, dada a facilidade que têm de ingerir bebidas alcoólicas.

12. ***Educação.*** — Fator que merece também ser estudado, em razão da incontestável influência que exerce na gênese das desordens mentais, é a educação. A incrível transição de vida operada nestes últimos anos, com repercussão sôbre os hábitos, os costumes, a organização social, política e econômica, revolucionou os problemas educacionais e se refletiu não apenas sôbre a psicologia como também sôbre a psicopatologia.

Um fáto que hoje impressiona os sociólogos e educadores é o fenômeno, verificado em toda parte, da rebelião da juventude moderna, que se não quer submeter à experiência dos mais velhos, revoltando-se contra os próprios pais quando êstes procuram sôbre êles exercer certa autoridade.

Os jovens nascidos e crescidos no decurso ou logo após a grande guerra, cujo espírito se plasmou ao sôpro de grandes agitações, as gerações que padeceram privações de toda ordem não aceitam os princípios daqueles cujo espírito se formou em época mais estável. Nasce daí visceral antagonismo entre pais e filhos, cujas consequências não raro contribuem para perturbar espíritos instáveis já pela sua própria constituição.

Êsses fatores, acrescidos de outros relacionados com o progresso, tais como o rádio com o seu formidável poder de difusão de idéias, a facilidade de comunicações entre os mais afastados continentes advinda com a viação aérea, os incalculáveis avanços das ciências físicas e naturais exerceram poderosa influência sôbre o espírito humano, que não teve ainda o tempo necessário para sedimentar tamanha messe de conhecimentos. Si daí resultaram grandes benefícios para a humanidade, si o homem moderno usufrue de maior confôrto, resultante das novas descobertas, paga por outro lado maior tributo ao progresso e, dentre êsses tributos, um dos mais caros é, sem dúvida, o número crescente, e porque não dizer assustador, dos desequilibrados do espírito.

Os vícios da educação moderna, as bruscas oscilações da fortuna, o enriquecimento fácil e rápido, exercem evidente influência sôbre a formação mental e moral da juventude. A ânsia de usufruir a maior soma de prazeres possíveis, o afrouxamento da autoridade paterna, a falta de cultura intelectual, a errônea concepção de independência e

liberdade, são também causas que figuram entre as múltiplas apontadas como responsáveis pelo grande número de neuropatas e psicopatas que pululam na sociedade moderna.

*13. **Estafa física e psíquica.*** — A estafa psíquica, o exaurimento do sistema nervoso que se segue aos grandes esforços intelectuais, o cansaço físico extremo e, particularmente, os abalos morais repetidos, predispõem à instalação de distúrbios neuro-psíquicos os mais variados.

A sobrecarga do sistema nervoso no período da adolescência é de se temer, em virtude da frequência com que as doenças mentais surgem nesse período. Na convalescença das doenças debilitantes há também grande propensão para a instalação de desordens psíquicas, maximé nos indivíduos predispostos.

*14. **Emoções. Paixões.*** — As grandes emoções, como as paixões violentas, empolgam os indivíduos vibráteis, hiperemotivos, perturbando transitoriamente o juízo crítico e, sobretudo, afrouxando o poder de frenação. Em certos casos, porém, os distúrbios desencadeados após as grandes emoções assumem maiores proporções, se avolumam, gerando verdadeiras psicoses, curáveis ou não.

DUPRÉ, em seus notáveis trabalhos sôbre a patologia das emoções, aborda o problema das psicoses emotivas, demonstrando cabalmente o papel da emotividade na gênese de certos síndromos mentais.

*15. **Privações. Miséria. Revezes da fortuna.*** — As privações e a miséria, tanto em massa como individual, são causas indiretas de desordens mentais. Nunca, como nos tempos que correm, a humanidade atravessou fase tão cheia de incertezas e privações. Enormes massas humanas sofrem as consequências de uma série de fatores ligados à crise mundial, que repercutem sôbre a economia interna dos países, abalando a estrutura social.

A corrida armamentista que antecedeu à atual guerra, os pesados tributos exigidos pelo Estado para fazer face a enormes despesas, o entrechoque de opiniões entre as ideologias dominantes, crearam uma atmosfera asfixiante, aumentando a tensão nervosa da humanidade, contribuindo para quebrar o equilíbrio instável em que vivem as mentalidades frágeis.

A miséria atua provocando não só um estado de desnutrição do indivíduo, como age sôbre o psiquismo por dois modos, diminuindo a resistência orgânica e agindo como fator psicogenético.

Nos paises onde a luta pela vida é mais intensa, em que o problema dos desempregados assume proporções alarmantes, observa-se um grande aumento das doenças de carência e as estatísticas acusam, concomitantemente, um número muito mais elevado de psicopatias.

As desordens financeiras, as bruscas oscilações na situação econômica, também têm sido invocadas como fator suscetível de provocar transtornos psíquicos. Os indivíduos que contraem hábitos de luxo, que se habituam com a vida de fausto, sobretudo aqueles que jamais se viram na contingência de trabalhar para a sua manutenção, quando obrigados a modificar os seus hábitos, a restringir as suas despesas e adotar outras normas de vida, sujeitando-se à disciplina e ao trabalho, caem não raro em profunda depressão e podem descambar para a alienação mental.

16. **Detenção.** — Muito discutido tem sido o problema das chamadas psicoses carcerárias. CHARPENTIER se ocupou dessa questão, insistindo na existência de um estado depressivo peculiar aos sentenciados. G. BALLET entendia que a detenção poderia quando muito despertar a predisposição psicopática latente.

O progresso da ciência penitenciária introduzindo o estudo, o trabalho e os exercícios físicos nas prisões, de forma a reduzir ao mínimo a reclusão celular, contribuiu para eliminar êsse fator predisponente. Em estudos realizados no Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, o Dr. LUIZ PINTO DE TOLEDO conclue em sua tese pela inexistência das chamadas psicoses carcerárias, demonstrando que os recolhidos àquele manicômio com aquela suspeita apresentavam na realidade síndromos mentais de diversas origens.

17. ***Causas mecânicas.*** — Grande importância têm presentemente as causas mecânicas na gênese das doenças mentais, em virtude do progresso industrial e das leis dos acidentes no trabalho.

Os traumatismos, sobretudo os craneanos, os abalos cerebrais violentos, as compressões encefálicas, podem dar lugar a distúrbios psíquicos cuja evolução é diversa conforme o caso.

18. ***Causas fisiológicas.*** — Numerosas são as causas de ordem fisiológica que atuam no determinismo das psicopatias. Assim, na puberdade se verifica muitas vêzes o aparecimento de distúrbios psíquicos, considerados como climatéricos e peculiares a essa fase da vida, razão porque foram denominados formas hebefrênicas.

A gravidez, o parto e a lactação são, não raro, responsáveis por distúrbios psíquicos, dependentes uns da predisposição individual, outros de estados autotóxicos ou infecciosos.

A idade crítica é propícia à instalação das doenças mentais, como demonstram numerosos casos deflagrados no decurso da menopausa.

Si na mulher normal, de sistema nervoso equilibrado, se registram nesse período fugazes distúrbios do sistema nervoso, o mesmo não ocorre quando há uma constituição neuropata.

Tais desordens não são, entretanto, peculiares à mulher, como demonstrou MARAÑON, pois que no homem também se podem observar, quando o organismo entra na sua fase involutiva, transtornos neuro-psíquicos correspondentes aos da menopausa feminina.

19. ***Causas patológicas.*** — Não há moléstia que, em dadas circunstâncias, não se possa acompanhar de desordens mentais. As infecções, tanto agudas como crônicas, em particular a sífilis, as auto-intoxicações, os estados tóxicos provocados por venenos do mundo exterior, sobretudo o alcoolismo, as doenças parasitárias, as desordens das glândulas de secreção interna, os distúrbios do metabolismo tanto mineral como orgânico, as mais diversas afecções neurológicas, do aparelho digestivo, circulatório e uro-genital, podem repercutir sôbre as faculdades psíquicas, provocando quadros psiquiátricos os mais variados, razão por que a psiquiatria se integra cada vez mais dentro da patologia geral.

SEMIOLOGIA DA ATENÇÃO

1. Definição. – 2. Divisão. – 3. A atenção espontânea. – 4. Manifestações físicas da atenção. – 5. Distúrbios da atenção.

*1. **Definição.*** — RIBOT, cujos trabalhos sôbre a atenção se tornaram clássicos, define a atenção como um estado psíquico caracterizado pelo predomínio na conciência de uma única representação mental (monoideismo).

VASCHIDE e MEUNIER consideram a atenção como a manifestação mais característica da inteligência. Segundo êstes, poder-se-ia até estabelecer a seguinte equação: — A atenção : inteligência :: a irritabilidade nervosa : sistema nervoso.

Todos os autores concordam com RIBOT quando êste insiste na dificuldade em se delimitar a atenção. Realmente, nada mais difícil que se precisar quando se inicia e quando acaba a fixação da atenção, que vai desde o instante fugidio, despertada pelo vôo de uma mosca importuna, até a mais completa absorção num tema científico extremamente complexo.

Assim, dois elementos principais devem ser objeto de cogitação quando se busca estudar a atenção: a intensidade e a duração.

*2. **Divisão.*** — Há duas formas bem distintas de atenção: uma espontânea, natural; outra voluntária, artificial.

A atenção espontânea é a verdadeira, primitiva e fundamental, por isso que faz parte integrante das faculdades instintivas. Essa forma é encontrada nos animais, sobretudo selvagens, obrigados, pelo instinto de conservação, a não se deixarem surpreender pelos inimigos. Na criança, também, só existe a atenção espontânea.

Posteriormente, pela imitação, resultado de um esfôrço, de um artifício e da educação da vontade, é que se desenvolve a atenção dita voluntária. Esta é precária e vacilante, constantemente interrompida pela atenção espontânea, que é, por sua própria natureza, saltuária.

O fáto de derivar, a atenção voluntária, da espontânea explica porque são os psicólogos bons professores: sendo-lhes fácil perceber quando se esvai a atenção, buscam atuar sôbre a espontânea, para em seguida despertar a voluntária.

A atenção, em qualquer das suas modalidades, não se exerce de forma indeterminada. E' sempre essencialmente de ordem motora. A expressão fisionômica de uma pessoa, concentrada sôbre determinado assunto, é característica: imóvel, com o sobrecenho carregado, o olhar fixo. A atenção age, pois, sôbre os músculos e pelos músculos, contraíndo-os e imobilizando o atento. MAUDSLEY dizia: "Incapaz de atenção será quem não possa governar os seus músculos". Convém, entretanto, assinalar que, sob qualquer das duas formas, tanto na espontânea como na voluntária, a atenção é sempre um estado excepcional, que não pode durar senão um tempo limitado, visto ser a mutabilidade contínua o principal característico da vida. Quem tentar contrariar as leis básicas que regem o psiquismo, persistindo em concentrar, fortemente e por longo tempo, a atenção sôbre determinado objeto, não tardará a perceber uma série de perturbações, um leve estado vertiginoso acompanhado de obnubilação parcial da conciência.

*3. **A atenção espontânea.*** — A atenção espontânea é a única que existe enquanto a educação e os meios artificiais não provocam o aparecimento da voluntária. Mais ou menos intensa, a atenção espontânea origina-se sempre de estados afetivos. O homem, como o animal, só se interessa pelo que lhe desperta uma sensação agradável, desagradável ou mista. A forma de se manifestar a atenção espontânea, numa dada pessoa, já nos revela, senão o seu caráter, pelo menos as suas tendências mais marcadas. Diz-se, assim, que o interêsse é o mordente da atenção, sem o qual ela se não fixa. A atenção mais durável é a que se prende a uma grande paixão.

Mas, por mais persistente que seja, a atenção não foge à lei do ritmo, conforme demonstrou STANLEY HALL, ao estudar as modificações graduais da pressão exercida sôbre a polpa dos dedos.

*4. **Manifestações físicas da atenção.*** — As manifestações físicas da atenção são numerosas e de grande importância.

Não há, na verdade, expressão intelectual que se não traduza por manifestações físicas. STECHENOFF já afirmava não existir pensamento sem expressão.

No respeitante à atenção, os concomitantes físicos com ela relacionados podem se enquadrar em três grupos: *a)* fenômenos vasomotores; *b)* respiratórios; *c)* motores. Êsses fenômenos indicam um estado de convergência do organismo e da concentração no trabalho.

Mosso demonstrou experimentalmente que a atenção, por mais leve que seja, traz sempre um afluxo de sangue ao cérebro, razão por que se notam indícios de congestionamento da face após um esfôrço prolongado da atenção.

As modificações respiratórias que se seguem à atenção prolongada se assemelham aos fenômenos que se sucedem a todo esfôrço: o ritmo

respiratório se torna mais moderado, há certo grau de bradipnéia e, por vêzes, uma parada temporária da respiração. LEWES assegura que o poder da atenção se adquire sincronizando o trabalho mental aos movimentos respiratórios. Com essa afirmativa concorda RIBOT, lembrando o acêrto da expressão — obra de grande fôlego.

Após esfôrço exagerado da atenção, como se dá, por exemplo, com os melancólicos, que concentram, por longo tempo, o pensamento sôbre as idéias hipocondríacas, surge o suspiro, isto é, uma inspiração profunda, de forma a permitir a oxigenação do sangue, que uma longa parada involuntária dos movimentos carregou de gás carbônico.

A atenção se exprime também por uma mímica toda especial, como demonstraram CH. BELL, GRATIOLET e, sobretudo, DUCHENNE (de Boulogne).

5. ***Distúrbios da atenção.*** — Diz-se que uma pessoa é distraída quando é incapaz de fixar o pensamento, de modo mais ou menos permanente, sôbre determinada idéia ou grupo de idéias. Êsse estado se observa, com frequência, na criança e, em geral, com maior nitidez na mulher que no homem. E' bem de ver, contudo, que muitos daqueles que aparentam distração, na realidade estão por tal forma absorvidos por uma idéia, que se não apercebem do que se passa em tôrno da sua pessoa. Há sábios que se tornaram famosos pelas suas distrações. Conta-se que ARQUIMEDES, preocupado na solução de um problema, nem siquer se apercebeu da tomada de Siracusa e foi morto por um soldado, irritado por não obter dêle uma resposta.

Podem-se, pois, dividir os distraídos em dois grupos: os dispersos e os absorvidos.

A atenção pode ser considerada como a predominância temporária intelectual de um estado ou grupo de estados, com adatação natural ou artificial do indivíduo. Se êsse é o tipo normal, podem-se notar os seguintes desvios:

1.º – Predominância absoluta de um pensamento que se tornou estável, fixo, de forma a não se desalojar da conciência, esterilizando toda atividade estranha ao seu domínio. Diz-se então que há exaltação da atenção ou hiperprosexia.

2.º – A atenção não se pode manter ou não chega siquer a se constituir. Tal se dá em duas circunstâncias: *a*) a corrente de espírito é tão rápida e contínua que anarquiza o pensamento. A atenção se torna então saltuária; mal o indivíduo a converge para um determinado sentido, sobrevem logo outra sensação que o obriga a deslocar a tensão intelectual para outro objeto. Dá-se então a chamada fuga de idéias. *b*) no segundo caso há diminuição do poder de concentração da atenção, ou então esta não chega siquer a se estabelecer. Diz-se então que há, ou diminuição (hipoprosexia) ou abolição (aprosexia) da atenção.

SEMIOLOGIA DA AFETIVIDADE

1. Afetividade e seus distúrbios. – 2. Abolição e diminuição da afetividade. – 3. Exaltação da afetividade. – 4. Perversão da afetividade. – 5. Tristeza mórbida. – 6. Alegria mórbida. – 7. Cólera mórbida.

1. *Afetividade e seus distúrbios.* — As desordens da afetividade surgem, em regra precocemente, num grande número de psicoses.

BLEULER adota a denominação — afetividade — para resumir o conjunto dos afetos, das emoções e dos sentimentos — prazer e dor.

WUNDT fundamentou a doutrina tridimensional dos afetos, que compreende, ao par das clássicas manifestações de prazer-dor, os estados de excitação-depressão e os de tensão-relaxamento.

No psicopata, a afetividade se nos depara abolida, diminuida, exaltada e ainda pervertida. O comprometimento dos sentimentos afetivos é sobremodo comum na grande maioria das psicoses, si bem que se revistam de caracteres próprios em determinadas modalidades.

No tocante aos sentimentos, idênticas modificações se registram. Assim como há formas em que predomina um egoísmo feroz, há outras onde se observa um altruismo sem limites. Ao par do rancor e da maldade, vêm se colocar casos em que a bondade se mostra inexcedível. Si alguns deixam transparecer o mais desmedido orgulho, outros se recolhem na maior humildade.

2. *Abolição e diminuição da afetividade.* — A diminuição da afetividade é muitas vêzes total. O psicopata revela então, como ocorre em grande número de esquizofrênicos, absoluta indiferença, completa inafetividade com relação aos pais e irmãos, quando antes se mostravam extremosos e de grande dedicação pelos seus. Si em certos doentes se vislumbra um desejo longínquo de receber visitas, percebe-se que o objetivo não é senão material e interesseiro, pois que visa apenas os comestíveis que os parentes costumam trazer-lhes.

Alguns não têm siquer conciência dêsse embotamento afetivo. Outros, porém, como acontece com muitos melancólicos, se desesperam ao perceber que a afetividade se mostra comprometida. A êsse fenômeno se denomina *anestesia afetiva dolorosa.*

No estudo das reações afetivas vamos deparar com os mais variados graus, desde a abolição completa de todo e qualquer afeto, até um leve grau de indiferença, que se não consegue apurar si é inerente a um estado constitucional pré-psicótico ou si consequente ao estado mórbido.

3. ***Exaltação da afetividade.*** — Com relativa frequência, maximé nas psicoses ditas afetivas, há exaltação da afeição, tanto das familiares como das amigáveis, filantrópicas e até pelos animais.

Quando os sentimentos afetivos se mostram exaltados, o menor estímulo desencadeia vibrações intensas, que se caracterizam não só por concomitantes físicos, como por reações intensas na esfera emocional.

4. ***Perversão da afetividade.*** — Não constituem exceção, entre neuropatas e doentes mentais, as reações afetivas paradoxais, evidentemente mórbidas. As pessoas da família deixam de ser alvo da menor afeição, que converge toda ela para um estranho, sem que para isso haja a menor justificação.

Mães carinhosas maltratam os filhos, passando a cuidar com desvelado carinho dos empregados e até dos animais. Em regra, as perversões da afetividade têm, sob o ponto-de-vista da diagnose, o mesmo valor da abolição e da diminuição dos afetos.

5. ***Tristeza mórbida.*** — Muitos são os doentes mentais com colorido melancólico, nos quais se nota um estado mais ou menos acentuado de tristeza mórbida. Assim, certos doentes caem em profundo acabrunhamento, permanecendo tristes e deprimidos, mas se mostrando relativamente conformados com a sua dor moral. São os acometidos pela tristeza passiva. Outros, porém, já não revelam igual resignação e dão demonstrações de angústia e ansiedade intensas. São os atacados pela tristeza ativa.

6. ***Alegria mórbida.*** — Como há casos de tristeza mórbida, há também os de alegria. Aquí, o doente não cabe em si de contentamento e deixa transparecer na mímica, nos gestos e nas ações, a satisfação íntima e a intensa alegria de que está possuido. Nas formas expansivas da paralisia geral a alegria é transbordante e comunicativa, ao passo que é concentrada e muda nos delirantes místicos, que caem em estado de verdadeiro êxtase.

7. ***Cólera mórbida.*** — Entre as reações da esfera afetiva, notadas nos psicopatas, a cólera mórbida, pelas consequências que pode acarretar, deve merecer especial reparo.

Nos estados coléricos, ao lado das reações físicas, fàcilmente apreciáveis, há manifestações impulsivas as mais variadas.

Na cólera patológica o poder de frenação se mostra consideravelmente diminuido, impotente mesmo para impedir as reações insólitas então despertadas. No seu mais elevado grau, a cólera atinge às raias do furor, o que ocorre nos débeis mentais, nos esquizofrênicos e sobretudo nos epiléticos, dando lugar a súbitas explosões que conduzem à prática de átos delituosos da maior gravidade.

SEMIOLOGIA DA VONTADE

1. Vontade e sua formação. – 2. Exaltação dos estímulos volitivos. – 3. Diminuição da vontade. Abulias e hipobulias. 4. Desordens do estímulo volitivo. Ambivalência. Impulsões.

1. Vontade e sua formação. — A vontade é, no dizer de RIBOT, um reflexo mental, mas de tal forma complicado e hierarquizado que constitue um dos mais complexos mecanismos do espírito. Assim é que uma infinidade de elementos participam da sua formação. Além dos poderosos fatores que dormitam no sub-conciente, fruto do nosso passado hereditário, transmitidos dos nossos avoengos, influem ainda nas nossas ações a experiência, a cultura, o estado de espírito do momento e, sobretudo, o interêsse. Todos êsses elementos se conjugam para atuar sôbre o nosso *eu*, estimulando a nossa atividade, fortalecendo o nosso querer, ou então, pelo contrário, inibindo as nossas tendências.

Todas as atividades psíquicas, tanto as da esfera intelectual, afetiva, como moral, participam, pois, da formação do que se convencionou denominar *vontade*. Não é difícil, isto pôsto, compreender-se porque se mostra a vontade tantas vêzes comprometida nos psicopatas.

2. Exaltação dos estímulos volitivos. — Quando há aceleração na associação ideativa e aumento do tonus emotivo, as idéias se transformam bruscamente em átos. Não há mais lugar para ponderações, deliberações ou incertezas. O desejo incoercível de agir arrasta o indivíduo a pôr imediatamente em execução tudo quanto lhe passa pela mente.

E' o que se observa na excitação maníaca, onde o doente não pode dominar o ímpeto que o leva a se imiscuir em tudo, a se ocupar dos mais variados assuntos, a indagar dos mais diversos problemas, a se envolver em diferentes negócios.

Os estados emocionais : a cólera, o medo, a angústia, as paixões — podem arrastar o indivíduo a realizar certos átos, que se caracterizam pela instantaneidade, pela rapidez e pela irreflexão. A vontade se torna impotente para dominar o impulso suscitado pela emoção. E' o chamado *raptus*, tão frequente nos melancólicos e cujas consequências são muitas vêzes trágicas.

Nos epiléticos e nos esquizofrênicos, as alucinações ou as idéias delirantes podem levar o indivíduo a átos impulsivos, nos quais o doente age, irrefletidamente, de forma automática. E' o caso das alucinações imperativas.

3. ***Diminuição da vontade. Abulias e hipobulias.*** — A abolição, a diminuição, assim como a incerteza da vontade, são observadas com frequência entre os psicopatas.

No caso da vontade se encontrar totalmente abolida haverá abulia. Esta pode ser motora, quando o doente for incapaz de realizar um movimento ou um áto concebido pelo espírito. A isso se dá também o nome de barragem. Têm-se visto doentes permanecerem inertes diante do perigo, incapazes da menor iniciativa, conquanto tenham perfeito conhecimento do que ocorre.

Há casos de comprometimento mais sério da esfera intelectual, com relativa conservação da motora. A esta forma, em que há sempre distúrbio da atenção, dá-se o nome de abulia intelectual.

A abulia pode ser ainda difusa ou circunscrita, de acôrdo com a extensão do fenômeno.

Toda vez que a vontade se mostra não abolida, mas diminuida, diz-se que há hipobulia. Esta não é observada sòmente entre os psicopatas, mas também nos indivíduos normais, sob a influência do cansaço, de um estado tóxico ou de desnutrição. Mas onde a hipobulia se observa de forma frisante é em certas psicoses, trazendo a inércia, a indolência, a perda da iniciativa e da atividade pragmática.

4. ***Desordens do estímulo volitivo. Ambivalência. Impulsões.*** — Em certos doentes, sobretudo nos esquizofrênicos, nota-se um fenômeno assaz curioso, caracterizado por uma incerteza da vontade, um estado de irresolução, um querer e não querer a um só tempo. E' a ambivalência.

Na impulsão, a idéia obsidente arrasta o doente a executar êste ou aquele áto independente da sua vontade.

O impulsivo tem, em geral, conciência da idéia que o levou a agir irresistìvelmente, mas, embora procure combatê-la, não logra dominá-la. Como todo indivíduo vítima de idéias obsidentes, o impulsivo, depois de executada a idéia, tem uma sensação de alívio.

As impulsões podem ser divididas em quatro grupos :

a) impulsões afetivas, quando determinadas por móveis insignificantes e que se desencadeiam sem a mínima reflexão. A êste grupo pertencem as impulsões eróticas, a dipsomania, a cleptomania ;

b) as impulsões simples, que surgem independente de qualquer estado afetivo e sem obedecer a qualquer finalidade. Há pacientes

que, bruscamente, rasgam um livro, despedaçam as vestes, quebram um copo, sem que saibam sequer porque assim procedem ;

c) impulsões concientes são aquelas em que o paciente reconhece o caráter mórbido do áto e luta contra o mesmo, quasi sempre com êxito. Há certas pessoas que, em meio de um espetáculo, têm súbita vontade de gritar, mas, reconhecendo o absurdo do áto, logram sopitar a idéia ;

d) as estereotipias ou impulsões motoras são tendências mórbidas a conservar determinada atitude, a repetir uma mesma palavra, a executar sempre um dado gesto.

SEMIOLOGIA DA IMAGINAÇÃO

1. A imaginação e seus distúrbios. – 2. O testemunho. – 3. Requisitos necessários a uma boa testemunha. – 4. O testemunho da criança. – 5. O método experimental e o estudo do testemunho. – 6. Depoimentos sucessivos. – 7. Atributos peculiares a certos testemunhos. – 8. A mitomania. – 9. Atividade mítica da criança. – 10. A mitomania patológica. – 11. Delírios de imaginação.

1. A imaginação e seus distúrbios. — Conquanto o estudo da imaginação e dos seus distúrbios pertença mais à esfera psicológica que à psiquiátrica, entendemos dar especial desenvolvimento a êste capítulo, em virtude da sua importância em psiquiatria forense e na prática judiciária, sobretudo na parte atinente ao testemunho.

Nos psicopatas, via de regra, a imaginação não é muito exuberante, salvo nas formas raciocinantes, em certos degenerados, nas personalidades psicopáticas, nos débeis mentais que apresentam, não raro, grande atividade imaginativa.

DUPRÉ e LOGRE, de cujos estudos muito nos valemos na elaboração dêste capítulo, foram os primeiros a descrever, com precisão, o chamado delírio de imaginação, "variedade de delírio devido a processos de atividade puramente psíquica, sem ter origem em alucinações ou ilusões sensoriais, nem tão pouco interpretativas".

2. O testemunho. — A questão do testemunho oferece grande interêsse, não só teórico, como também prático, quando se trata de problemas históricos ou de processos judiciários.

Inúmeros são os acontecimentos históricos erroneamente registrados, devido à falsidade conciente ou, como acontece na maioria das vêzes, inconciente dos que reconstituiram os fátos.

Na prática judiciária, na qual se dá grande valor à prova testemunhal, muitos inocentes têm pago por crimes que não cometeram, vítimas da infidelidade das testemunhas.

Assim, magistrados e juristas, legistas e psiquiatras, não podem prescindir de conhecimentos relativos ao testemunho, para que, na prática profissional, possam apreciar devidamente os fátos narrados pelos depoentes, dando-lhes o seu justo valor no esclarecimento da verdade.

O testemunho, que é o relato oral ou escrito, espontâneo ou provocado, representa um dos elementos de maior importância para a

formação da opinião, influindo de forma decisiva no julgamento dos magistrados e dos tribunais.

3. *Requisitos necessários a uma boa testemunha.* — Vários requisitos se exigem de uma boa testemunha, destacando-se um grau de cultura mais ou menos elevado e, se possível, alguma experiência psicológica.

Há uma série de operações intelectuais que se relacionam com a prova testemunhal: assim, impõe-se uma normal capacidade de percepção, que por sua vez se subordina à integridade dos sentidos, à atenção pronta e a uma conciência lúcida. Em seguida, há a se cogitar da memória, sob o seu tríplice aspecto — de fixação, de conservação e de evocação.

Não se pode, finalmente, desprezar o estudo das tendências do indivíduo que depõe, levando-se em conta a propensão ao exagêro, quando não à mendácia de certas pessoas que, instintivamente, adulteram os fátos pelo simples prazer de provocar sensação, esquecendo-se do seu papel e das suas responsabilidades.

Ao se analisar o depoimento de determinada testemunha, dever-se-á levar em conta a idade da mesma, por isso que nas crianças há, além de manifesta tendência à fabulação, certa dificuldade em analisar um dado acontecimento, em virtude da falta de experiência e de outros elementos que permitam um contrôle dos próprios átos e dos de outrem.

No que diz respeito ao sexo, é bom lembrar ter a mulher marcada propensão para o romantismo, para as coisas sentimentais, e ser em geral muito mais emotiva que o homem, razão pela qual está mais exposta a sofrer influências externas, quando chamada a depôr.

Com relação ao nivel intelectual, vem a pêlo lembrar terem os letrados percepção mais rápida e capacidade de apreensão mais fiel que os indivíduos incultos.

Há, ainda, outros atributos que fazem com que determinada pessoa seja boa ou má testemunha. Os emotivos, por exemplo, se perturbam, não só ao registrar o fáto, como ainda quando querem reproduzí-lo com exatidão.

4. *O testemunho da criança.* — Na criança, a tendência à mendácia deixa de ser um fenômeno patológico, para assumir foros de um estado, por assim dizer, fisiológico. Realmente, todas as crianças manifestam um desejo instintivo de dar curso à imaginação fantasista, deturpando os fátos reais, enxertando elementos falsos de permeio com outros verdadeiros.

E', pois, errôneo o adágio popular: A verdade está na bôca da criança. Os métodos de indagação da moderna psicologia experimental têm demonstrado exatamente o contrário, isto é, que na criança a fabulação, a mentira, a adulteração dos fátos, são assaz frequentes.

A mentalidade infantil seria, de acôrdo com o que ensina a paleopsicologia, em tudo comparável à do homem primitivo.

Só com o correr dos anos, transposta a puberdade, com o desenvolvimento mental, é que se formaria o espírito de observação.

5. *O método experimental e o estudo do testemunho.* — CLAPARÉDE, entusiasta do método experimental aplicado ao estudo do testemunho, demonstrou, por uma série de experiências curiosíssimas, que os depoimentos variam conforme foi o áto presenciado por um ou mais indivíduos.

Há, também, a se considerar o prazo decorrido entre o ocorrido e a época em que foi o depoimento registrado.

A maneira pela qual são prestadas as declarações tem, sem dúvida, importância capital. A testemunha que presta o seu depoimento fazendo uma exposição diz estrictamente aquilo que tencionava dizer, ao passo que, quando interrogada, outros fatores influem decisivamente sôbre as afirmativas, tudo dependendo da habilidade de quem faz as perguntas, ao ferir os pontos fracos do depoimento.

Há advogados hábeis que descobrem os pontos em que as testemunhas se mostram hesitantes, insistindo no esclarecimento de minúcias que arrastam a testemunha a pequenas contradições, que são exploradas maliciosamente. Outros agem de forma a obrigar o depoente a fazer afirmações peremptórias, quando não era essa a intenção.

A encenação, o tom, a intimidação atemorizam certas testemunhas tímidas, que se perturbam por completo, razão porque não se deveria permitir o emprêgo dêsses processos.

Outras vêzes, a testemunha, ao ser habilmente interrogada, não podendo lembrar-se exatamente do ocorrido, por vaidade ou por amor próprio, procura reconstituir as minúcias olvidadas recorrendo à imaginação, às probabilidades, com receio de ser tida como dotada de espírito pouco perspicaz ou observador. BINET a isso denomina memória forçada.

Muitas cenas têm sido, assim, deturpadas pelo fáto dos depoentes entrarem com um largo contingente imaginativo, ao fazerem declarações nas quais se deveriam limitar estrictamente a reproduzir as lembranças do fáto presenciado.

6. *Depoimentos sucessivos.* — Em regra, quando determinada pessoa se vê obrigada a fazer vários depoimentos, vai, inconcientemente, enriquecendo as suas declarações com novos elementos colhidos em outras fontes e dêsse modo aumenta o cabedal de conhecimentos relativos à ocorrência, não distinguindo mais, ao fim de algum tempo, o que foi o fruto de sua observação e o que colheu em comentários feitos posteriormente.

Na análise, pois, dos depoimentos sucessivos, os primeiros devem merecer mais fé.

No que respeita aos depoimentos repetidos, há, ao demais, os inconvenientes da consolidação de lembranças errôneas e a tendência à repetição de fátos deturpados, mas que, uma vez relatados, forçam o indivíduo a confirmá-los nas vêzes subsequentes. Assim é que se operam as deformações do testemunho, que muitas vêzes deixa de ser um subsídio de valor na elucidação dos acontecimentos, para se tornar um fator de confusão, contribuindo para a adulteração da verdade, com graves prejuízos para os interêsses da justiça.

Cumpre lembrar a tal propósito as palavras de KRETSCHMER: "Nossas imagens-lembranças não existem no nosso cérebro em estado "de provas" ou de clichés fotográficos, prontos a serem reproduzidos estereotipadamente, toda vez que delas necessitamos. O que fica na memória, algum tempo após a realização da cena, são alguns vestígios de impressões óticas, acústicas e tátis que, apenas nascidas, logo se confundem com elementos de representações anteriores, provenientes de outras fontes. Quando se pede, num dado momento, a uma pessoa para fazer o relato das suas impressões concernentes a certo acontecimento, ela tende sempre a misturar, à sua narrativa, elementos outros colhidos em diversas fontes, e o faz involuntariamente, inconcientemente, convencida de que só diz a verdade, a verdade estrita, evocando sòmente lembranças cuja exatidão poderia até "jurar".

7. Atributos peculiares a certas testemunhas. — Ao se abordarem as qualidades subjetivas das testemunhas, importa focalisar a prolixidade, a fidelidade, a segurança e a originalidade.

As testemunhas extremamente prolixas não seguem determinado fio na sua exposição, perdendo-se em minúcias desinteressantes ou abrindo grandes parêntesis, o que torna sobremodo difícil a reconstituição da cena ocorrida.

Pessoas há que, cônscias da sua responsabilidade, querem dar provas inequívocas de insuspeição, esforçando-se por manter a maior fidelidade nas declarações, ao passo que outras, habituadas a deturpar os fátos, não têm o mesmo empenho, dando margem a que a imaginação supra as lacunas da memória.

Muitas testemunhas denotam a maior segurança nas suas afirmativas, outras se mostram hesitantes, receiosas de fazer depoimentos firmes e peremptórios. Tal ocorre, frequentemente, com as pessoas muito escrupulosas, de conciência exaltada, no espírito das quais a dúvida surge a todos os momentos, impedindo a exata reprodução dos fátos.

Certas testemunhas, denominadas originais, têm a capacidade de observar os fátos de modo diverso da maioria, focalizando alguns pon-

tos que passam despercebidos aos demais. Essas testemunhas são muitas vêzes preciosas, vindo preencher lacunas que permitem a reconstituição exáta do sucedido.

8. A mitomania. — A expressão "mitomania", proposta por DUPRÉ, serve para designar a tendência patológica, mais ou menos voluntária e conciente, à mentira e à invencionice. E' bom, todavia, esclarecer que não se incluem aquí todas as formas em que há mentira e invencionice, mas apenas aquelas em que há tendência constitucional à adulteração dos fátos e à mendácia, em virtude de uma atividade patológica da imaginação criadora, que leva o indivíduo a afirmar categòricamente coisas que estão em completo desacôrdo com a realidade objetiva. Na mentira comum, fenômeno que se pode considerar até certo ponto como psicológico, há sempre uma justificativa, uma razão de ser, um motivo determinante. Tal é o caso, por exemplo, das chamadas mentiras convencionais.

Na mitomania, porém, nada justifica a mentira, que se reveste então de um caráter verdadeiramente mórbido, não só pela persistência e intensidade, como pela flagrante desproporção entre o motivo que se possa invocar e a invencionice.

Neste capítulo se agrupam todos aqueles que se mostram constitucionalmente inclinados a forjar, por palavras, escritos ou átos, ficções mais ou menos verosímeis, com o objetivo de enganar os seus semelhantes, sob a influência de móveis já de si patológicos, que traduzem a aptidão a mentir, a simular e a inventar de forma mais ou menos romanesca. E' a essa predisposição que se dá o nome de mitomania ou mitopatia.

9. Atividade mítica da criança. — Na sua formação orgânica, lembra DUPRÉ, cada indivíduo recorda no decorrer da sua evolução, desde o ovo, através do embrião até o seu completo desenvolvimento, as várias etapas percorridas pela espécie a que pertence. Isto é, a ontogenia, desenvolvimento do indivíduo, lembraria as várias etapas da filogenia, desenvolvimento da espécie.

Idêntico fenômeno se verificaria no tocante ao psiquismo. A mentalidade da criança normal seria, até certo ponto, semelhante à dos povos primitivos, que se revelam sugestionáveis, temerosos, crédulos e imaginativos. Tem-se procurado, partindo dessas idéias, estabelecer confronto entre a arte e a literatura dos povos primitivos, das crianças e ainda a dos doentes mentais com sensível rebaixamento do nivel intelectual, notando-se a existência de analogias entre elas.

Isso viria, de certo modo, explicar a razão por que, com tanta frequência, a criança normal é tão propensa à deturpação da verdade, à simulação e à fabulação.

Segundo DUPRÉ, a adulteração da verdade resultaria aí da inexperiência e da tendência a suprir, pela imaginação, as lacunas da memória, ou ainda pela sugestão alheia que, acarretando intensa emoção, levaria a criança a incorporar inconcientemente, nas suas narrações, fátos inverídicos, sugeridos por estranhos.

Vários outros motivos incentivam a criança à mitomania : propósito de evitar castigos, realização dêste ou daquele objetivo, vaidade, amor próprio, "apetite" de gloríola.

10. A mitomania patológica. — Na criança anormal, como no adulto, quando se observa não só excesso de duração e intensidade, como ainda caráter anormal das manifestações mitomanas, estas passam para o domínio patológico. Verifica-se, então, não apenas persistência da atividade mítica, como e sobretudo associação a outras atividades mórbidas, favorecidas por taras intelectuais, afetivas ou morais.

Deixa então o mitomano de ser um simples amador, para se transformar em profissional, utilizando-se da mendácia e da fabulação como uma arma a serviço da sua mentalidade viciosa.

Nos fracos de espírito, nos indivíduos de inteligência normal mas com vícios na esfera moral, há, não raro, grande atividade mítica. Tal ocorre, sobretudo, nos chamados perversos, nos anômalos morais e nas personalidades psicopáticas.

São conhecidos os pequenos malfeitores mentirosos, que se transformam em pequenos mártires, acusando falsamente os pais, tutores ou patrões de seviciá-los, torturá-los ou obrigá-los a átos condenáveis.

Embora os mitomanos aparentem certa vivacidade e inteligência, as suas narrativas são sempre eivadas de falhas, além de ilógicas e insustentáveis. Há, na interpretação dessas formas, alguns elementos de valor que não podem ser desprezados, como por exemplo a tendência à vaidade, à malícia, à lubricidade, à ambição, à luxúria.

As fugas rocambolescas e premeditadas, empreendidas por menores que agem em conjunto, são bem conhecidas. Entre nós a polícia tem sido chamada a intervir em casos onde menores, sugestionados por leituras malsãs ou por filmes cinematográficos, abandonam a casa paterna e se embrenham pelo interior, à cata de aventuras.

A mitomania nos anormais pode-se revestir de vários aspectos, mas em regra se caracteriza por maledicência, calúnia ou malícia. Entre os desta classe figuram os autores de cartas e telefonemas anônimos.

Citam-se também casos de crianças mitomaníacas, vingativas e perversas que, com grande habilidade, invertam enredos incríveis, visando prejudicar determinadas pessoas. Entre os pequenos acusadores criminosos, destacam-se as menores que simulam atentados ao

pudor. Em tais casos, muitas vêzes, a sugestão estranha age como alimento, enriquecendo a mentalidade mitomana, como ocorreu num caso magistralmente descrito por LASÈGUE.

11. Delírios de imaginação. — Ao lado dos delírios de origem alucinatória e interpretativa, DUPRÉ e LOGRE incluiram uma terceira variedade — a dos delírios de imaginação. Nestes casos, a imaginação desviada do curso normal conceberia romances, aventuras, fátos heróicos, conquistas amorosas, invenções inverosímeis, etc. O delírio de imaginação poderia se manifestar tanto de forma aguda como crônica, em várias psicoses, sendo porém esta última mais frequente e melhor caracterizada.

SEMIOLOGIA DA CONCIÊNCIA

1. Definição. – 2. Divisão da conciência. – 3. Conciência e personalidade. – 4. Distúrbios da conciência.

1. Definição. — A conciência é, para AFRÂNIO PEIXOTO, a síntese das noções de nossa relatividade, no meio que nos cerca, num tempo dado.

TEIXEIRA BRANDÃO considerava a conciência como a noção íntima da nossa própria personalidade.

Alguns psiquiatras designam por conciência um conjunto de fenômenos psíquicos que dão a cada um de nós, num determinado momento, a noção íntima do mundo exterior e da nossa própria personalidade.

BERGSON limita-se a dizer que a conciência é um fenômeno de origem orgânica.

RIBOT e os de sua escola, além de considerarem a conciência como um fenômeno orgânico, acrescentavam que para a constituição da mesma entram, como elementos principais: a percepção exata; a apropriação pessoal e a classificação mnemônica das sensações. Uma determinada sensação, que reuna êsse conjunto de atributos, será conciente. A percepção exáta é exigida, porque se não pode estabelecer relação precisa entre uma sensação mal percebida e os nossos conhecimentos.

A apropriação pessoal se impõe em virtude de não ser suficiente o fáto de uma determinada sensação ferir os nossos sentidos; há, ao demais, necessidade da mesma penetrar no âmago da nossa conciência.

Finalmente, nenhuma sensação pode ser conciente, sem a sua exata localização cronológica na série de conhecimentos em que a mesma for integrada. A sensação conciente corresponde a um estado de conciência. A soma de sensações concientes forma o que se chama síntese da conciência ou conciência total.

O estado de conciência varia, num mesmo indivíduo, conforme a idade, o momento e o seu estado hígido. A constante renovação de sensações colhidas não só no mundo exterior, como ainda dentro do nosso próprio organismo, explica as frequentes mutações a que está sujeita a conciência.

2. *Divisão da conciência.* — Etimologicamente, a palavra "conscientia" deriva de "conscire", isto é, de conhecimento em conjunto. Via de regra, como observa INGEGNIEROS, emprega-se o vocábulo conciência com três significações diferentes :

a) Vulgarmente se designa como conciência o conhecimento pleno que um indivíduo ou grupo de indivíduos tem dos seus próprios átos. Diz-se, por exemplo, de alguém : "Tem conciência do que faz" ou "Falou com a mão na conciência" ; como se costuma, também, empregar a mesma expressão num sentido mais lato : "Conciência de sábio", "Conciência nacional", "Conciência popular", "Está na conciência de todos".

b) Emprega-se, igualmente, a palavra conciência no sentido moral. Assim, ouve-se falar em "Espêlho da própria conciência", "A voz da conciência", "Falta de conciência". A conciência moral (Gewissen, dos alemães) se revela, no indivíduo, principalmente pela satisfação causada pelas boas ações e pelo remorso que se segue às más. A conciência moral seria, pois, uma espécie de tribunal interior, em que são julgados os próprios sentimentos e as ações.

c) Finalmente, há a chamada conciência psicológica, que exprime o conjunto de fenômenos internos ou psíquicos, em contraposição aos externos ou físicos.

Esta última modalidade é a única que nos deve interessar.

3. *Conciência e personalidade.* — Não se deve, comenta RÉGIS, confundir a personalidade, como frequentemente ocorre, com a conciência. A personalidade abrange não só a esfera do conciente, como também o inconciente e o sub-conciente. Ainda mais, compreende o indivíduo na sua totalidade, na sua continuidade, na sua unidade psicológica, que abrange o conjunto sômato-psíquico. Ao passo que a conciência é apenas a parte iluminada, e em constante mutação, dessa mesma individualidade. Clássica é a comparação de MAXWELL, inda hoje reproduzida, da lâmpada que clareia o inconciente, focalizando determinado setor. Quanto mais se aproxima o facho luminoso, mais restrito, mas mais iluminado ficaria o campo visado. E, à medida que afastamos a lâmpada, o campo visual ganha em extensão, mas perde em nitidez. Assim, também a nossa conciência será tanto mais viva quanto maior for a soma de lembranças apreendidas de uma só vez na imensa reserva do inconciente.

4. *Distúrbios da conciência.* — As alterações da conciência, consoante o que já foi dito, abrangem os fenômenos de percepção, de apropriação pessoal e de concatenação mnésica. Daí a razão porque os distúrbios da esfera da conciência também se relacionam com êsses três fenômenos. Nos transtornos da percepção — ilusões e alucinações

— por exemplo, as falsas impressões são enxertadas no psiquismo, perturbando o raciocínio e, consequentemente, a conciência. Isso explica o fato de certos indivíduos, nas psicoses alucinatórias, embora conservem aparentemente perfeita a associação ideativa, apresentarem distúrbios da conciência. Tal ocorre em virtude do cunho de veracidade com que as falsas percepções se integram no psiquismo do doente. Idêntico fenômeno tem lugar quando há transtornos nos sentimentos de apropriação individual. No chamado delírio metabólico ou de transformação corporal, por exemplo, o doente tem plena convicção de ter o seu corpo todo, ou em parte, em decomposição, sêco, amortecido ou transformado em madeira, vidro, etc.

Finalmente, a conciência não pode deixar de se alterar quando não há precisa concatenação mnemônica dos fátos percebidos, isto é, todas as vêzes que haja comprometimento mais ou menos grave da memória.

No que respeita aos distúrbios quantitativos da conciência, esta pode se apresentar abolida em certas circunstâncias, como, por exemplo, no sono sem sonhos e nos estados comatosos.

Não há, senão nesses casos, privação dos sentidos. Em outras circunstâncias — estados de hiperemotividade, etc. — pode haver perturbação dos sentidos, mas nunca privação, como fazia menção o nosso Código Penal, hoje corrigido nessa parte.

Pode haver estreitamento do campo da conciência em determinados estados patológicos, como nos síndromos confusionais, em que o indivíduo se desorienta no espaço, no mundo exterior ou quando perde a noção da sua própria personalidade.

Finalmente, há distúrbios mórbidos, em que se verifica a exaltação das emoções e uma hipersensibilidade dos órgãos internos; há então uma verdadeira exaltação da conciência.

Ao se estudar a conciência, preceitua o Prof. HENRIQUE ROXO, deve-se proceder à análise da intensidade, da clareza, da extensão, da integridade e da continuidade.

Os distúrbios da conciência podem levar o indivíduo a perder a noção da sua própria personalidade (desorientação auto-psíquica).

Certos doentes conservam a noção do seu próprio eu, mas perdem a do lugar em que se encontram e do meio em que vivem (desorientação alo-psíquica).

Finalmente, casos há em que o paciente conserva a orientação auto-psíquica e a alo-psíquica, mas perde a noção do tempo, não podendo precisar a data (desorientação cronológica).

SEMIOLOGIA DA MEMÓRIA

1. Que é a memória? – 2. Modalidades da memória : de fixação ; de conservação ; de evocação e de localização no tempo. – 3. Amnésias. – 4. Amnésias funcionais e orgânicas. – 5. Amnésias conforme o grau. – 6. Duração das amnésias. – 7. Marcha das amnésias. – 8. Relação cronológica. – 9. Amnésias sensoriais. – 10. Hipermnésias. – 11. Hipomnésias. – 12. Dismnésias. – 13. Paramnésias. – 14. Lei da regressão ou da reversão da memória, ou lei de Ribot.

1. Que é a memória ? — JANET aborda, com a sua incontestável autoridade, êsse importante problema, demonstrando a grande dificuldade em se definir exatamente o que vem a ser a memória : E' a lembrança dos fátos passados, determinada por um mecanismo psíquico, de ordem biológica, extremamente complexo, que nos permite não só fixar uma nova impressão como ainda conservá-la, reproduzí-la e, ainda mais, localizá-la no tempo.

Não se pode empreender, em nossos dias, um estudo sôbre a memória e seus distúrbios sem se recorrer aos trabalhos fundamentais de TH. RIBOT, a quem devemos uma das leis que regem o apagamento das faculdades mnésicas, denominada lei de Ribot ou da regressão da memória, que foi o ponto de partida inicial para os estudos que posteriormente se realizaram sôbre o momentoso problema. Verdade é, como diz RAMON Y CAJAL, que o problema da memória já era objeto de preocupação constante dos filósofos gregos. Êstes já a haviam divinizado, salientando ser a memória a faculdade principal, básica, da qual dependem todas as demais, tanto intelectuais como afetivas. Denominaram-na, por isso, Mnémosina — a Mãe das Musas — da Mitologia Grega. Essa imagem simbólica exprime bem o valor que os sábios de então lhe emprestavam. Mas, só após os estudos dos psicólogos modernos e da descoberta dos métodos experimentais é que as várias modalidades da memória se tornaram perfeitamente distintas.

2. Modalidades da memória : de fixação ; de conservação ; de evocação e de localização no tempo. — Para que determinado fáto seja recordado, para que uma lembrança seja evocada, não basta que uma impressão faça vibrar os sentidos. E' preciso, também, que a sensação percebida permaneça fixada, integrada, gravada no cérebro.

Mas de nada adiantaria ficar a imagem dormitando nos centros nervosos, se não fosse possível dela fazer uso num momento dado,

quando, por um esfôrço da vontade, se quisesse trazê-la à tona da conciência. Isso equivaleria a se dispor de um vasto arquivo, sem índice, conservado em desordem, sem classificação. Quando fosse necessário recorrer aos documentos nele conservados, embora houvesse a certeza de alí se encontrarem, não seria fácil a pesquisa. Assim a memória. Para o perfeito funcionamento das faculdades psíquicas importa uma boa memória, afim de que, no decurso da elaboração das idéias, os elementos desejados acorram ràpidamente ao pensamento. Se tal não tivesse lugar, a marcha do raciocínio ficaria grandemente prejudicada. A menor operação intelectual exigiria constantes interrupções, à espera do encontro da lembrança fixada e conservada. Daí decorre a terceira modalidade da memória — *a de evocação ou de reprodução,* que permite, com extraordinária rapidez, encontrar-se a imagem que se deseja. Entretanto, não basta fixar, conservar e reproduzir um determinado conhecimento. Importa, ao demais, para que se não estabeleça confusão no raciocínio, localisar o tempo na memória. Sem perfeita ordem cronológica não seria possível precisar-se a época exata em que se verificou êste ou aquele fáto ; se o mesmo antecedeu, sucedeu ou se passou concomitantemente a outro com êle relacionado.

Para que se não estabeleça baralhamento nas faculdades mnésicas, para se reconstituir a vida pregressa, os elementos intelectuais, as impressões colhidas pelos nossos sentidos, em uma palavra — todo o nosso passado — é essencial, pois, a existência da memória de localização cronológica.

3. Amnésias. — Nas amnésias se incluem todas as formas em que há abolição da memória. São essas as principais perturbações, cujo estudo exige o maior cuidado, pois que sôbre elas repousam o diagnóstico e o prognóstico de várias afecções mentais.

4. Amnésias funcionais e orgânicas. — A primeira distinção a ser feita consiste em se apurar se o distúrbio é funcional ou orgânico, isto é, se a amnésia é devida a um simples desarranjo no mecanismo psíquico, na associação ideativa, ou se há impossibilidade orgânica de se reproduzir determinada representação mental, em virtude da destruição dos elementos nobres do sistema nervoso. Êstes, representados pelas células nervosas, atuam como verdadeiras placas sensíveis, conservando as impressões recebidas, cuja conexão é, por sua vez, estabelecida pelas fibras nervosas. Destruidas que sejam as células, ou rompidas as fibras, instala-se a perda irreparável da memória.

Casos há em que é extremamente difícil, sem acurada observação, chegar-se à conclusão se o distúrbio consignado é de origem orgânica ou funcional.

Verificada a primeira hipótese, há evidente interêsse em se indagar se tal decorre de uma insuficiência congênita, ligada a uma malforma-

ção cerebral, ou se está em jôgo um processo mórbido evolutivo com destruição dos tecidos nervosos.

Num caso de idiotia, por exemplo, a memória não existe, porque o vício constitucional não permitiu a assimilação de conhecimentos os mais rudimentares. Quando se instalar, num indivíduo normal, um enfraquecimento psíquico consequente a um processo mórbido acompanhado de lesões orgânicas dos centros nervosos, o comprometimento da memória será secundário. Resumindo, na clássica comparação de ESQUIROL, no primeiro caso o indivíduo já nasceu pobre, no segundo foi rico, mas depois empobreceu.

5. ***Amnésias conforme o grau.*** — As amnésias podem ainda ser estudadas conforme o grau. Há as que são *gerais* e outras *parciais*. Diz-se que há amnésia geral quando o cancelamento da memória abrange todas as reminiscências ; ao passo que há amnésia parcial quando os conhecimentos olvidados atingem apenas determinada série de recordações. Nos estados psicastênicos e nos confusionais é que, com maior frequência, se observa esta modalidade da amnésia. Importa ainda considerar as chamadas amnésias *lacunares* ou *localizadas*, as quais se limitam a um dado período da vida do paciente.

6. ***Duração das amnésias.*** — Conforme a sua duração, as amnésias se subdividem em fugazes, duradouras ou definitivas. Há amnésia fugaz quando a perda dos elementos mnésicos se desvanece ràpidamente. Assim, por exemplo, o caso de um epilético que, depois de uma crise convulsiva, se apresenta em estado crepuscular e é incapaz de se recordar da incidência do ataque e das circunstâncias que o cercaram. Entretanto, passado algum tempo, variável em cada caso, e, num mesmo doente, diversa conforme as crises, a lembrança dos conhecimentos se vai restabelecendo progressivamente até que, passadas algumas horas, o doente terá recuperado novamente todas as lembranças olvidadas. Em outros casos, o restabelecimento da memória não se processa ràpidamente, mas gradual e morosamente. Muitas vêzes são necessários dias, semanas e até meses para que o paciente recupere integralmente a capacidade mnésica, o que tem lugar, em particular, nas psicoses traumáticas.

Há ainda a forma de amnésia dita definitiva, que se instala quando há lesão orgânica com destruição dos tecidos nervosos. As imagens não se podem então reconstituir, destruidas que foram as placas sensíveis que as guardavam, representadas pelas células nervosas. Isso ocorre nas chamadas psicoses orgânicas — na paralisia geral, na demência senil, etc. — e vem demonstrar a realidade da afirmação de RIBOT, confirmada por BERGSON, para quem a memória é uma função essencialmente orgânica.

Na criança tudo se cinge a um áto elementar ; mais tarde, porém, à medida que os conhecimentos se vão dilatando, o mecanismo mnésico se vai complicando, dada a interferência de novas imagens e sensações, mas nem por isso o fenômeno deixa de ser biológico.

7. ***Marcha das amnésias.*** — Conforme a marcha, as amnésias podem dividir-se em súbitas, insidiosas e periódicas.

A perda súbita se verifica, em regra, após um traumatismo cerebral, nos chamados ictus mnésicos. Depois de violento traumatismo craneano ou após um grande abalo moral, não raro se nota uma perda brusca, subitânea da memória.

Quando o esquecimento se vai operando progressivamente, muitas vêzes nem siquer os que convivem com o doente disso se apercebem. Exemplo frisante da perda insidiosa da memória é a manifestada em certos casos de paralisia geral.

Finalmente, temos a considerar as chamadas amnésias periódicas, que sobrevêm intermitentemente. Num dado momento, o paciente tudo reconstitue, sem maior dificuldade, para, instantes depois, não lograr mais recordar-se das lembranças que havia pouco evocara fàcilmente. Assim, estimulados pelo uso de certos tóxicos, os viciados denotam imaginação brilhante e fidelidade de memória. Cessado, entretanto, o efeito do tóxico, na chamada fase de abstinência, a memória se embota e, a despeito dos maiores esforços, não há possibilidade do toxicômano reconstituir as lembranças do passado.

8. ***Relação cronológica.*** — A memória permite, como já foi assinalado, localizar os fátos no tempo. Assim, as amnésias podem atingir os fátos passados, os recentes ou ambos conjuntamente. A primeira observação que possibilitou o exáto conhecimento dêsse fáto é devida a KOEMPFEM. Êste médico, que servia junto a um regimento de cavalaria, teve ocasião de assistir a um oficial que durante as manobras sofrera uma queda, batendo com o crâneo de encontro ao chão. Embora se sentisse um pouco atordoado, o referido oficial montou de novo o animal que cavalgava e continuou a participar dos exercícios. Terminados êstes, KOEMPFEM examinou o oficial e verificou que, conquanto não acusasse êle ferimentos, não se recordava não só da queda, mas de tudo quanto havia feito nos dias anteriores. Só passado algum tempo foi se reconstituindo a lembrança do acidente e dos fátos que ocorreram anteriormente. Dessa observação resultou o desdobramento das amnésias em dois grupos : a retrógrada, compreendendo as lembranças anteriores a um determinado acidente mnésico, e a anterógrada, abrangendo os fátos ocorridos posteriormente. Verificou-se, em seguida, a existência de casos em que a amnésia abrangeria as duas ordens de fátos, tanto anteriores como posteriores a um acidente. A esta se convencionou denominar amnésia retro-anterógrada.

9. ***Amnésias sensoriais.*** — E' conhecido o fáto de certas pessoas possuirem atributos que lhes permitem fixar de modo indelével as impressões visuais, possuindo outras melhor capacidade de fixação para as auditivas. Assim, como existem memórias sensoriais, há também amnésias sensoriais. Há pessoas que perdem a capacidade de fixar ou de evocar apenas as impressões visuais; em outros casos só as excitações da esfera auditiva são olvidadas. Diz-se, então, que há amnésia visual, auditiva, tátil, etc., conforme a esfera comprometida.

10. ***Hipermnésias.*** — Designa-se hipermnésia um distúrbio da memória que se caracteriza por uma exaltação das faculdades mnésicas. Tal fenômeno se distingue não só pela revivescência dos fátos já esquecidos, como também pela superabundância de minúcias com que surgem as imagens à tona da conciência.

Nos indivíduos febrís, a super-excitação provocada pela circulação cerebral mais rápida e mais intensa torna a memória mais pronta. Conta-se que WALTER SCOTT escreveu várias de suas obras quando em estado de excitação febril, momento em que sentia a imaginação povoada de impressões anteriormente recebidas, mas que não lhe era possível evocar no estado normal. Há psicopatas, com grave comprometimento do estado mental, que, sob a ação de choques febrís provocados com objetivo terapêutico, se mostram muito mais atilados, recordando-se de fátos que pareciam de todo esquecidos. Observámos pessoalmente, em vários paralíticos gerais, no decurso da malarioterapia, o que acabamos de descrever.

Igual fenômeno tem sido registrado nas intoxicações pelo ópio, pelo haschich, nos estados de excitação maníaca mitigada, etc. Fáto curioso é o observado nos indivíduos prestes a se afogarem, na fase pré-agônica, em que há súbita e precisa recordação de fátos ocorridos no decurso da existência e que há muito não eram lembrados.

Alguns psiquiatras se têm dedicado ao estudo dos indivíduos em estado de transe *mediúnico,* chegando à conclusão de que o fáto dessas pessoas repetirem frases em língua para êles estranha se explica por uma modalidade de hipermnésia. São pessoas que ouviram falar línguas estrangeiras na infância, mas que não fixaram bem as palavras retidas. Destarte, no estado normal a evocação das mesmas não é possível, enquanto que, em circunstâncias muito especiais, como é o estado que acompanha a fase de concentração mediúnica, a irrigação cerebral mais intensa iria despertar imagens mnésicas latentes, que a própria pessoa ignorava ter aprendido.

A êsse fenômeno se denomina — criptomnésia.

11. ***Hipomnésias.*** — Por hipomnésias entendem-se as várias formas em que se registra maior ou menor diminuição da memória, não atingindo, todavia, a abolição das faculdades mnésicas. Nas mais

variadas psicoses, após os estados confusionais que acompanham as infecções e as intoxicações, nota-se, não raro, perda parcial da memória. As hipomnésias podem também instalar-se após certas doenças infectuosas, sem que se tenha observado, no decurso daquelas, o estado confusional. Exemplo disso nos dá a febre tifoide.

Com certa frequência, outrossim, se observa diminuição progressiva da memória nas chamadas psicoses orgânicas — na artério-esclerose cerebral, nos amolecimentos cerebrais, nas psicoses de involução senil, na paralisia geral, nos tumores cerebrais, etc.

12. Dismnésias. — Nestas formas há uma perversão da memória. A evocação dos fátos se faz então de forma deturpada e a recordação das lembranças passadas se opera erroneamente, senão na sua totalidade, pelo menos em parte.

Neste grupo figura a chamada ecmnésia, que se caracteriza pela visão panorâmica súbita do passado. Êsse fenômeno se dá quando há desdobramento da personalidade. O paciente aparenta então lucidez e boa orientação, tanto no meio como no tempo ; mas, ao se referir a certos e determinados fátos, que representam o núcleo principal das suas preocupações, julga encontrar-se em outra época, referindo-se a pessoas já falecidas como se ainda estivessem vivas e julgando-se por vêzes em localidades de onde há muito se afastaram. As dismnésias são encontradas frequentes vêzes nas presbiofrenias.

13. Paramnésias. — Fenômeno que muito tem preocupado os fisiologistas, os psicólogos e os psiquiatras é a chamada alucinação do "já visto", "já percebido", "já ouvido" ou ainda do "já sentido". Trata-se da paramnésia. O doente, ao se defrontar pela primeira vez com uma determinada pessoa, ao descortinar um panorama jamais por êle apreciado, tem a firme convicção de estar diante de uma sensação já anteriormente percebida. PIERRE JANET descreve, a êsse propósito, curiosa observação de uma moça estrangeira por êle tratada, que, sem nunca ter estado em París, ao penetrar pela primeira vez em seu consultório, naquela cidade, pôs-se a examinar os quadros, os móveis, os objetos, indagando desde quando haviam sido os mesmos mudado dos seus lugares, pois que, na última vez que alí estivera, a disposição do mobiliário era completamente outra.

RIBOT cita casos idênticos. FALRET assinala em seus trabalhos a frequência, entre os psicopatas, das chamadas pelos autores franceses — alucinações do "déjà vu". Em certos casos, como ocorre nas psicoses alucinatórias crônicas, se repetem essas alucinações com extraordinária frequência, gerando o chamado delírio palingnóstico.

Outras vêzes, nota-se exatamente o inverso, isto é, o doente, cada vez que se defronta com certa pessoa, embora com ela tenha estado momentos antes, afirma ser aquela a primeira vez que a vê. Isto se dá

em virtude da perda da memória de fixação, que não permite ao doente reconhecer pessoas anteriormente conhecidas, lugares onde sempre viveu, objetos de sua propriedade, etc. Nas presbiofrenias e nas denominadas psicoses de KORSAKOFF é que se notam êsses distúrbios mnésicos.

14. Lei da regressão ou da reversão da memória, ou lei de Ribot. — Desde a Grécia antiga já se conhecia o fáto de certos velhos olvidarem as lembranças mais recentes, ao passo que se recordavam, com grande abundância de minúcias, de fátos passados na juventude e na infância. Cabe, contudo, a RIBOT o mérito de haver demonstrado que, na velhice, o cancelamento das idéias não se processa de forma anárquica, ao acaso, mas sim obedecendo a uma determinada ordem.

A lei de RIBOT, que merece conhecida, pode ser assim sintetizada :

1) As lembranças recentes desaparecem antes das antigas.

2) Há, na perda da memória, um recuo no passado, que se opera progressiva e uniformemente.

3) As noções mais complexas são olvidadas em primeiro lugar.

4) A marcha da amnésia caminha do instável para o estável, das noções abstratas para as concretas.

A lei da regressão da memória, ou lei de RIBOT, pode ser fàcilmente verificada quando se acompanha a evolução da demência senil, das psicoses de involução. Os velhos se esquecem rapidamente de tudo quanto ocorreu recentemente e guardam, de forma indelével, o que teve lugar na infância. Êsse fáto explica um dos principais característicos da psicologia dos velhos, que é a tendência a denegrir o presente para exaltar o passado. Tornam-se por isso rotineiros, detestando o progresso, as novidades e os novos adventos, inacessíveis à sua compreensão em virtude da esclerose cerebral que não lhes permite a assimilação de novos conhecimentos. O cérebro do velho tem sido comparado à argila sêca, que conserva o que se lhe imprimiu no período de plasticidade, mas onde já se não podem moldar outras formas. Decorre daí o *laudator tempori acti*, a que nenhum velho escapa. Há neles a tendência a louvar o passado, a enaltecer os homens e as coisas do seu tempo, em que a vida lhes sorria, em que tudo era fácil, os homens honestos, outros os sentimentos da honra e do dever.

Com o evoluir da demência senil vão se apagando as lembranças colhidas na idade madura e na adolescência, persistindo apenas as imagens registradas na infância. Confirma-se então o brocado popular, segundo o qual os extremos se tocam : a velhice e a infância têm grandes analogias entre si. O velho se torna, em virtude dêsse fáto, extremamente egoista, por isso que renascem não só as mesmas lem-

branças como também os mesmos sentimentos da infância, que o levam a convergir as suas preocupações tão sòmente para as necessidades materiais, voltando a dominar o instinto de conservação.

Tem a lei de Ribot a sua contraprova no fáto verificado em certos senís, que, após tratamento adequado, logram recuperar parte da memória. Os conhecimentos se restabelecem então progressivamente, obedecendo a uma ordem inversa da que foi observada no seu desaparecimento. Os últimos conhecimentos a se refazerem são os mais próximos, enquanto que os mais antigos são desde logo recordados.

Igual fenômeno se observa com relação às noções — as mais concretas são as que se recompõem em primeiro lugar, para só depois se operar a reconstituição das imagens abstratas. Esta contraprova pode também ser feita fora da demência senil, nas amnésias devidas aos traumatismos físicos ou psíquicos, como muito bem demonstrou Pierre Janet.

DA EMOÇÃO E SEUS DISTÚRBIOS

1. Os antigos: organicistas e intelectualistas. – 2. A teoria de Darwin. – 3. A teoria de Wundt. – 4. As teorias modernas. – 5. Mecanismo das emoções. – 6. Distúrbios da emoção. – 7. As fobias. – 8. Confissões de uma panfóbica.

1. Os antigos: organicistas e intelectualistas. — E' justo recordarem-se os esforços empreendidos pelos sábios da antiguidade, empenhados no estudo das paixões e das faculdades da alma.

ARISTÓTELES, SENECA e CRISIPO esboçaram teorias que, não obstante os progressos da ciência, constituem, ainda hoje, as bases das doutrinas modernas. O primeiro foi o creador da teoria orgânica, visceral das emoções, ao passo que os segundos defendiam a teoria intelectualista.

Para os organicistas, as emoções derivariam das vísceras, em particular do coração. Para os intelectualistas, todas as emoções teriam origem no cérebro. ARISTÓTELES afirmava ser o coração a séde da alma e o centro de todas as paixões. Os estóicos, pelo contrário, atribuíam-lhes origem psíquica.

Durante longos anos predominou a teoria visceral, pois não passaram desapercebidos, aos observadores de então, os múltiplos distúrbios da esfera visceral que acompanham o estado emocional.

DESCARTES, embora reconhecesse a dificuldade de se dar exata interpretação aos fenômenos vitais, elaborou uma fisiologia simplista, conjetural e profunda, com a qual procurava suprir, recorrendo às leis da mecânica, a sua insuficiência. Para êle, a vida teria origem em certos fluidos, que já GALENO denominara espíritos animais.

No seu "Tratado das Paixões", DESCARTES descreve as emoções com admirável clareza, revelando-se um conhecedor profundo do espírito humano.

Das emoções se ocuparam, mais tarde, BUFFON, CAMPER, CH. BELL, DUCHENNE (de Boulogne), GRATIOLET e SPENCER. Êste último procurava explicar as emoções por descargas motoras difusas do sistema nervoso, proporcionais à intensidade, independentes da natureza agradável ou desagradável.

2. A teoria de Darwin. — Êste notável naturalista legou-nos uma obra que o tempo não logrou destruir, tal o critério com que foi escrita, baseada toda ela numa observação de mais de 30 anos. DARWIN

estudou a expressão das emoções nos animais, nos selvagens e na criança, fundamentando suas teorias, que foram vasadas no mais elevado espírito filosófico. No seu trabalho "A expressão das emoções", o insigne cientista inglês faz um estudo comparado da exteriorização das emoções nos diferentes animais, demonstrando porque no homem ainda perduram certas expressões, muito embora não tenham mais a mesma finalidade primitiva. São restos da sua origem ancestral, em que as expressões emotivas eram reflexos quasi sempre de defesa, ou a manifestação subitânea de um desejo, de um alívio, de uma sensação penosa. À fôrça de se repetir através de várias gerações, sob uma determinada emoção, a exteriorização desta continuaria a se processar à mais fugaz sensação.

O segundo princípio de DARWIN seria o da antítese, isto é, do hábito contraído durante anos, que leva os animais a executarem voluntàriamente movimentos opostos, quando sob a influência de impulsões também opostas.

O terceiro e último princípio consistiria na ação direta exercida sôbre a economia pelas excitações do sistema nervoso ; ação essa que seria totalmente independente da vontade e, em grande parte, até do próprio hábito.

Assim, por exemplo, o homem, nos momentos de cólera, instintivamente curva a cabeça, bate com os punhos sôbre a caixa torácica, apoia firmemente os pés no solo, cerra os punhos e enruga os supercílios. Tal atitude decorre do fáto do indivíduo, inconcientemente, quando tomado de indignação, se colocar em atitude adequada para combater o adversário, que mede dos pés à cabeça, em atitude ameaçadora. A horripilação dos pelos, o chamado hoje reflexo pilo-motor, desencadeado no homem sob certas emoções, seria assim uma reminiscência da época em que os animais buscavam eriçar os pêlos, com o intuito de amedrontar o adversário, aumentando o seu volume e aparentando maior fôrça.

*3. **A teoria de Wundt.*** — Êste autor, depois de haver estudado a expressão das emoções, estabeleceu dois princípios : — o da associação das sensações análogas e o da relação dos movimentos com as representações sensoriais. De acôrdo com WUNDT, os movimentos da bôca e do nariz se subordinariam a efeitos instintivos ou reflexos, consecutivos à irritação da esfera gustativa e olfativa. Daí a razão porque, quando desejamos exprimir a nossa repugnância por alguma coisa, a nossa fisionomia retrata a mesma expressão que a anima quando sentimos um cheiro nauseabundo.

O segundo princípio, da relação dos movimentos que acompanham as representações sensoriais, explica porque o movimento dos nossos braços e das nossas mãos procuram reproduzir as relações de espaço e tempo concernentes ao que desejamos exprimir : Se queremos dar

maior fôrça à expressão, quando nos referimos a um indivíduo alto, levantamos a nossa mão acima das nossas cabeças ; se queremos caracterizar a pequenez de alguém, abaixamos o braço e estendemos a mão, buscando reproduzir a baixa estatura. Idêntica interpretação seria dada às lágrimas que brotam dos nossos olhos. Estas seriam, primitivamente, provocadas por uma irritação local da conjuntiva, seguida de dor. Posteriormente, por uma derivação, as impressões tristes determinariam o seu aparecimento.

4. ***As teorias modernas.*** — Os autores modernos, conquanto reconheçam as valiosas contribuições de SPENCER, DARWIN e WUNDT — pondera DUMAS — não podem deixar de apontar os seus erros.

Não se conhecia, naquela época, a existência dos centros talâmicos ou peritalâmicos da emoção e, por consequência, não era possível explicar-se a adaptação voluntária, a mímica, o mecanismo emocional e suas relações com aqueles centros.

BECHTEREW, PAGANO, BARD, CANON e outros, com as suas descobertas, abriram um novo e inesgotável campo de verificações, demonstrando as relações da emoção com os centros nervosos, com o sistema simpático e com as glândulas endócrinas.

5. ***Mecanismo das emoções.*** — BINET e COURTIER estudaram as relações dos choques emocionais com as excitações do simpático. CANON demonstrou, experimentalmente, em cães e gatos, que o medo, a cólera e a dor provocam sempre uma vaso-constrição periférica, com aumento do tonus das arteríolas, elevação da pressão sanguínea, aceleração do pulso, horripilação, midríase. Foi partindo das reações viscerais observadas nas emoções que CANON formulou a chamada teoria da adrenalina. Para êste autor, nas grandes emoções os elementos do organismo mais atingidos seriam as glândulas e os músculos lisos das vísceras. O suor frio, a dilatação da pupila, a ereção dos pelos, a palidez resultante da vaso-constrição, a aceleração dos batimentos cardíacos caracterizariam as modificações operadas na esfera da vida vegetativa, sob a influência da emoção.

CANON insiste sôbre dois fátos principais, que constituem os fundamentos da sua teoria : 1.º) As cápsulas suprarrenais secretam uma substância (a adrenalina), que atua sôbre os órgãos inervados pelo simpático, de modo mui semelhante a uma excitação nervosa. Injetada no sangue, a adrenalina provoca : dilatação da pupila, horripilação, aceleração do coração e constrição dos vasos sanguíneos. Ao mesmo tempo, haveria retardamento da atividade do tubo digestivo e liberação de açúcar do fígado ; 2.º) As cápsulas suprarrenais são inervadas pelas fibras pré-ganglionares do sistema simpático e a excitação dessas fibras acarreta derrame de adrenalina no sangue.

Conclue CANON, após trabalhos realizados em colaboração com LA PAZ e HOSKINS — na emoção pura, no medo, no terror, na dor, verificar-se-ia uma superatividade secretória das cápsulas suprarrenais. De outro lado, o estímulo artificial dos esplâncnicos provocaria, além do lançamento de adrenalina no sangue, considerável liberação de açúcar, tão grande que chega a determinar, não raro, o aparecimento de glicose na urina.

O traço característico de todas essas reações orgânicas seria, segundo CANON, o fáto delas se processarem de modo reflexo, escapando inteiramente à ação da vontade.

Serão, entretanto, essas reações representadas pela adrenalinemia e hiperglicemia úteis ? — indaga CANON. Sim, responde o notável fisiologista americano, pois que são imediatas e se prendem diretamente ao medo, à fuga, à cólera e ao ataque, que, no estado selvagem, exigem grande dispêndio de energia. Um combate supremo impõe a contração de grandes massas musculares e a mobilização do açúcar no sangue é indispensável aos músculos em trabalho intenso. Vê-se, pois, que a emoção deixou de ser considerada sob o aspecto da psicologia pura, para se incorporar à fisiologia, passando, assim, para os domínios dos fenômenos biológicos.

6. Distúrbios da emoção. — Conforme a constituição do indivíduo e as suas condições fisiológicas ou mórbidas, as reações emocionais podem deixar de se manifestar, ou se revelarem exageradas, diminuidas ou pervertidas. Quando há grande rebaixamento do nivel intelectual ou grave comprometimento da esfera afetiva, com indiferença pronunciada pelo ambiente, verificar-se-á a privação completa ou a exteriorização mui fugaz das reações emotivas.

Nos casos em que se nota exaltação dos sentimentos, com exagerada vivacidade do tonus afetivo, o indivíduo se torna fàcilmente impressionável e irritável, não raro se desencadeando, pela menor excitação colhida no mundo exterior, uma série de reações emotivas traduzidas, conforme se trata de uma emoção triste ou de uma alegre, pelas mais variadas exteriorizações.

Em certas doenças mentais, a emotividade se encontra pervertida pela predominância de um estado afetivo, que provoca sempre uma determinada reação, invariável com o estímulo que a motivou. Um indivíduo em estado de excitação maníaca está quasi sempre eufórico e até uma notícia triste o fará reagir por manifestações de alegria. O inverso poderá ocorrer com um melancólico.

As emoções relacionadas com a alegria, com a cólera, com a tristeza, tanto ativa como passiva, com o terror e com a ansiedade, têm uma gama infinita de variações. Entretanto, para WUNDT, elas se

subordinam aos dois sentimentos fundamentais, que são o prazer e a dor. Daí se originou a sua doutrina, também conhecida por teoria tridimensional: o prazer estaria sempre condicionado à excitação e à tensão; enquanto que a dor se acompanharia sempre de depressão e relaxamento.

7. ***As fobias.*** — Pela sua frequência, merecem destaque especial, entre os distúrbios da emoção, as fobias. Por fobia se entende um medo mórbido e infundado, gerado pelos mais fúteis acontecimentos. Quando o receio manifestado pelo indivíduo é generalizado, diz-se que há panfobia. Se as apreensões descabidas se circunscrevem a um determinado objeto ou grupo de objetos, diz-se que há fobias. Há os que são invadidos por uma sensação de pavor quando se encontram em certos lugares ou situações: praças, espaços fechados, pontes, edifícios elevados, etc. Muitos fóbicos têm horror às tempestades, aos ráios, aos ventos, à escuridão. Não raro são os que manifestam grande receio de morrer, ou de serem acometidos pelas mais variadas doenças. Finalmente, há ainda os que são tomados de pavor, quando na solidão, ou, pelo contrário, no meio das multidões.

8. ***Confissões de uma panfóbica.*** — "Há quasi 10 anos que estou nervosa, tendo começado com medo da morféia; desde um suicídio que houve aquí de um casal que sofria esta moléstia E durante êsse tempo, só tive melhora agora há seis meses, mas pequena. Comecei desinfetando tudo com creolina e alcool, e tendo deixado o alcool, fazia uso de sabão de soda como desinfetante. Bastava ver uma pessoa que deu a mão a um parente duma pessoa que sofria dessa moléstia, eu tinha horror e desinfetava tudo. Cheguei a ter medo de tudo e mesmo de pessoas da família, e até da roupa que vestia. Passava a ferro tudo para desinfetar. E também desinfetava com soda. Tinha medo do pó. A minha casa ficou numa desordem horrível, tudo desorganizado, sem higiene; eu não deixava fazer limpeza, tinha medo. Não encontrava lugar para colocar objeto algum. E durante êsse tempo não fiz cousa alguma; quero fazer e não posso. Não sáio, não vou a diversões. Tudo o que vou fazer deixo para o dia seguinte. Tudo me impressiona. O piano, há dez anos que não abro. E durante êsse tempo, não tomei um copo dágua sem ser entregue às minhas mãos pela minha mana falecida há um ano. O que muito impressionou-me, pois, eu nesse estado não pude tratá-la. Só eu falava e me alimentava; não dormia, andava a noite toda; e ultimamente dormia encostada numa cadeira na sala. E cheguei a ter medo de todos os objetos da minha casa; porque morei numa casa que disseram-me que o vizinho de parede e meia que tinha uma porta que comunicava à nossa casa, tinha um irmão que sofria essa moléstia. E até hoje não posso fazer cousa alguma, não

organizo cousa alguma. Só tenho vontade de morrer, não quero cousa alguma. Quero dar atenção às cousas, à minha reza, e não consigo.

Foge-me do pensamento tudo o que é bom. Sou noiva há sete anos e não conseguí me casar. Pouco tratamento tive, pois o Médico dizia que sarava com o tempo. E só depois que consultei o Dr. A. é que obtive melhora. Tornei-me sem princípio, grosseira, quando, graças a Deus, tive uma educação regular de berço. Não cumpro com os meus deveres de dona de casa, nada faço, como no estado normal. Não tomava banho de medo e nem trocava roupa ; agora já faço, mas com sacrifício e sem regra. E nesse estado tinha acanhamento que os outros vissem tudo o que eu fazia fora do normal. Trazia a casa fechada, janelas, etc. E eu me fechava num só cômodo. Há quatro meses que não durmo. Nem com meus deveres de Cristã posso cumprir. Não encontro alegria em cousa alguma. Quero sair de casa e ver como os outros vivem, e não consigo. E hoje tenho medo ainda da casa onde estou morando e eu mesmo vejo que não tinha razão e não reajo. Há dois meses estou me preparando para fazer esta viagem e não conseguí ; e hoje fiz com grande sacrifício."

DESORDENS DA PERCEPÇÃO: ALUCINAÇÕES, ILUSÕES

1. Definição. – 2. Distinção entre alucinação e ilusão. – 3. Alucinações auditivas. – 4. Alucinações visuais. – 5. Alucinações olfativas e gustativas. – 6. Alucinações cenestésicas. – 7. Alucinações combinadas. – 8. Alucinações imperativas.

1. Definição. — ESQUIROL, depois de ter estudado detidamente o psiquismo do homem normal e do alienado, propôs a seguinte definição : "Um homem que, num momento dado, tem a convicção íntima de perceber naquele instante uma sensação colhida no mundo exterior, quando nada há a impressionar-lhe os sentidos, é um alucinado." Essa definição de ESQUIROL foi depois criticada e considerada incompleta, porque se refere a impressões colhidas no mundo exterior, quando as alucinações podem ter origem no próprio organismo, como sucede nas alucinações da sensibilidade profunda.

A definição de BALL, sôbre ser sintética, é mais perfeita. Para êste : Alucinação é uma percepção sem objeto.

2. Distinção entre alucinação e ilusão. — Nem sempre é fácil distinguir-se uma alucinação de uma ilusão. Na alucinação nada há a impressionar os sentidos e o doente tem a sensação perfeita de ouvir uma voz ou de ter uma visão. Na ilusão há sempre um ponto de partida, som ou imagem, que fere os sentidos do doente.

LASÈGUE costumava dizer que a alucinação está para a calúnia, como a ilusão para a maledicência. Na primeira haveria pura invencionice ; na última há realmente um fáto verídico, mas que é interpretado tendenciosamente.

3. Alucinações auditivas. — São essas as mais frequentes e as que mais valor têm na interpretação dos quadros mentais. Podemos dividí-las em elementares, diferenciadas e verbais. No início das perturbações mentais, em regra, as alucinações auditivas não se instalam já de modo diferenciado. O indivíduo ouve apenas ruidos vagos, mal definidos. Aos poucos o som vai se tornando mais nítido, melhor caracterizado. O doente se refere então ao marulho das águas ; ao silvo duma locomotiva ; ao troar dos canhões ; ao estalido de máquinas elétricas ; ao assobio de uma flauta, etc. À medida que a doença mental vai atingindo o período de estado, as alucinações auditivas

se vão tornando verbais. O doente ouve, então, não apenas ruídos, mas uma ou mais vozes, claras e distintas, identificando os seus interlocutores imaginários.

Há pacientes que afirmam ouvir vozes apenas num dos ouvidos; outros se queixam de ser atormentados por vozes que êles percebem dos dois lados. Não raro, o alucinado se refere a vozes amigas que o animam e o encorajam, que afirmam protegê-lo, ampará-lo. Outras partem de inimigos, que o ofendem, o ameaçam, concitando-o a praticar átos disparatados. Há casos em que as vozes amigas são ouvidas num dos ouvidos e as inimigas do lado oposto. Os doentes que são vítimas dessas alucinações se tornam frequentemente agitados, dado o fáto de lhes ser difícil atender a ambas as vozes, o que provoca uma verdadeira luta de conciência, e daí o estado de excitação.

Os doentes que são poliglotas se referem muitas vêzes a vozes que falam em diversas línguas. Umas são ouvidas em alto timbre, outras cochicham. Um doente por nós observado distinguia perfeitamente uma voz amiga que lhe falava muito baixo, exatamente, dizia êle, como se estivesse ouvindo pelo telefone. E a voz inimiga, desejosa de predominar, lhe gritava nos ouvidos, deixando-o quasi surdo. Essas alucinações são chamadas bitonais.

Sob o ponto de vista do prognóstico, as alucinações auditivas têm incontestável valor. Em regra, sua presença denuncia a existência de uma psicose grave, conquanto se a possa observar, se bem que com menos frequência, em certas formas mentais curáveis.

Fig. 1 — Expressão de uma alucinada visual

(Observação colhida pelo autor)

4. *Alucinações visuais.* — As alucinações visuais, como as auditivas, podem ser divididas em elementares e diferenciadas. No primeiro caso o doente vê apenas imagens pouco nítidas — é um clarão, uma mancha negra, que lhe impressionam a vista. Ao depois, essa imagem vai tomando forma, de molde a lhe permitir distinguir uma figura de animal, uma cabeça humana, uma fisionomia conhecida. A princípio as imagens não são dotadas de movimento, mas ao depois se animam. Tal ocorre sobretudo com os alcoolistas, vítimas das chamadas zoopsias. Os animais — cobras, ratos, lagartos, etc., não só se movimentam em tôrno do paciente,

como o atacam, donde o estado de pavor que dêles se apodera. Há alucinações da vista que, longe de aterrorizarem o doente, despertam sensações agradáveis — cenas paradisíacas, visões celestiais — levam-no a um verdadeiro êxtase. As alucinações visuais, em que o doente vê tudo aumentado de volume, são denominadas macrópsias. Outras vêzes, dá-se o contrário, tudo se lhe afigura pequenino, surgem homúnculos, animais de tamanho diminuto, ao lado de um cenário proporcional aos habitantes. A essas alucinações microscópicas foi dado o nome de liliputianas, porque se as pode comparar às descrições feitas por GULLIVER, do reino de Lilliput.

Fig. 2 — Psicopata apresentando alucinações visuais, auditivas e genitais, acompanhadas de ideias de defesa, vedando os olhos, obstruindo os ouvidos e protegendo os órgãos sexuais

(Obs. do Dr. J. N. de Almeida Prado)

5. *Alucinações olfativas e gustativas.* — Menos frequentes que as já descritas são as alucinações do olfato e do gôsto. Nas do olfato, o indivíduo percebe, por vêzes, cheiros agradáveis — de comidas apetitosas, de perfume, de flores; ou, o que é mais observado, odores nauseabundos — de carne em putrefação, de gases asfixiantes, de narcóticos, etc.

6. *Alucinações cenestésicas.* — Assim se denominam as alucinações da sensibilidade profunda, da sensibilidade visceral, que são assaz frequentes entre os psicopatas. Os que as manifestam se referem a vermes que correm debaixo da pele, a animais que tentam devorar-lhes o estômago, a mãos misteriosas que os masturbam ou tentam mutilar os seus órgãos genitais. Certos homens se queixam de roubo de esperma feito por aparelhos invisíveis e nas mulheres há, com frequência, de protestos veementes contra as tentativas de estupro que se dizem vítimas.

Dentre as alucinações cenestésicas, as da esfera genital são das mais frequentes, gerando idéias delirantes relacionadas com a sexualidade — átos de sodomia, violação, gravidez imaginária, etc.

7. *Alucinações combinadas.* — Nas chamadas alucinações combinadas há um verdadeiro sincronismo entre as desordens da percepção.

Fig. 3 — Instrumento de que se serviu um alucinado para praticar um homicidio

(Observação do autor)

Fig. 4 — Degolamento praticado sob a ação de uma alucinação imperativa (o instrumento utilizado foi o que se vê acima)

(Observação do autor)

Cita-se, como exemplo, o de um psicopata que dizia ter ouvido um grande estrondo e visto, ao mesmo tempo, a figura do Satanaz, sentindo imediatamente forte cheiro de enxôfre. Vê-se, neste caso, que os três sentidos foram impressionados concomitantemente.

*8. **Alucinações imperativas.*** — LASÈGUE, nos seus notáveis estudos, insistia sôbre a importância, do ponto de vista médico-legal, das formas por êle descritas sob o nome de loucura homicida, em que o paciente, movido por alucinações ou concepções delirantes, é acometido por impulsões irresistíveis ao homicídio.

Fig. 5 — Assassinato da família inteira praticado por um esquizofrênico sob a influência de alucinações imperativas
(Observação do autor)

Nesta forma alucinatória, os átos mais variados, alguns repugnantes, outros violentos, são impostos ao doente, que executa a ordem sem hesitação, sob o domínio de uma fôrça irresistível.

Muitas vêzes o doente tenta reagir contra a influência de que está sendo vítima, que o incita a praticar átos contrários à sua conciência e aos seus princípios, mas acaba dominado pelos imperativos impostos pela alucinação.

REVINGTON, examinando 49 homicidas alienados, verificou que, na maioria das vêzes, o paciente age sob a influência de uma alucinação, do tipo imperativo, que o leva a praticar o crime. E' inútil toda e qualquer tentativa para dissuadí-lo de levar a cabo o seu intento, tal a fôrça com que essas alucinações atuam sôbre a conciência.

As alucinações imperativas, via de regra, a não ser nos epiléticos, surgem no decurso da doença mental, quando o indivíduo já se encontra recluso, em condições de não poder consumar o que lhe é ordenado. Há casos, porém, felizmente raros, em que a moléstia mental irrompe por alucinações imperativas, como sucedeu nos dois aquí descritos, que dão idéia nítida da perigosidade dos doentes vítimas dessas alucinações. Esta modalidade alucinatória é observada com relativa frequência nos delirantes místicos, que dizem agir para dar cumprimento ao que lhes é determinado por um ser sobrenatural.

Há casos em que a alucinação imperativa leva o doente ao suicídio. Outros há que praticam auto-mutilações, revelando impressionante desvulnerabilidade, como foi um caso por nós observado : O paciente ouviu uma voz que julgava ser de Nossa Senhora, que lhe exigia o sacrifício de amputar os dedos com os dentes. Não trepidou um segundo em cumprir essa determinação; agiu com tamanha violência, que partiu os ossos dos dedos, amputando-os sem proceder à desarticulação.

Toda vez que se verificar o aparecimento de alucinações imperativas cumpre providenciar-se incontinenti a reclusão do paciente, considerando a sua extrema temibilidade.

AUTOMATISMO MENTAL

1. O que é automatismo mental? – 2. O automatismo patológico. – 3. Automatismo mental e alucinações. – 4. As idéias de influência.

1. O que é automatismo mental? — Entende-se por automatismo mental todo pensamento, todo áto que tem lugar espontaneamente, independente da ação da vontade, podendo mesmo, em alguns casos, escapar à esfera da conciência.

Entre as formas da atividade psíquica devemos colocar na primeira plana os átos normais que, primitivamente voluntários, não necessitam depois, à fôrça de se repetirem, senão de um mínimo de atenção. Tornam-se, por isso, átos sub-concientes. JANET, a quem devemos profundos estudos a respeito, exemplifica tais átos, que realizamos automàticamente, da seguinte forma: — Uma pessoa segue por uma rua palestrando com um amigo e, conquanto tenha a sua atenção presa a uma determinada idéia ou grupo de idéias, sôbre as quais não cessa de falar, vai realizando instintivamente, por assim dizer, uma série de átos: — desvia-se dos transeuntes, evita os veículos ao cruzar uma rua, dá lugar a uma senhora que passa, cumprimenta os conhecidos, etc. Isto é, executa uma série de átos sub-concientes, fruto do hábito e da educação. E' essa a significação tradicional do que se convencionou denominar — automatismo mental. Tais átos podem, contudo, adquirir, com o correr do tempo, um certo poder de limitação, impor-se ao psiquismo com tal fôrça, a ponto de absorver totalmente a atenção espontânea. No grau máximo dessa irredutibilidade o automatismo torna-se então patológico.

Há uma outra modalidade de automatismo, o que se exerce de pronto, de chofre, com caráter incoercível, devido a um afrouxamento da inibição superior. A causa pode ser o sono normal (que permite o sonho), a confusão mental (delírio onírico), o dinamismo afetivo (obsessões diversas por fixação emotiva), ou ainda a super-excitação do patrimônio ideo-afetivo sob a influência de uma perturbação orgânica.

P. JANET empresta, assim, ao automatismo, o sentido de uma atividade inconciente.

2. O automatismo patológico. — CLÉRAMBAULT ocupou-se detidamente do automatismo patológico, em trabalhos que tiveram larga repercussão no mundo psiquiátrico.

JANET se referiu às manifestações epiléticas e histéricas, de natureza automática, ordinariamente ignoradas pelo próprio indivíduo— automatismo ambulatório, escrita automática, sonambulismo, etc.

CLÉRAMBAULT reserva a denominação — automatismo — para os fenômenos alucinatórios que pela sua tenacidade e monotonia acabam por se impor à conciência, que dêles não se pode libertar. Destarte, o automatismo mental apresentaria grande analogia com as idéias obsidentes, pelas seguintes razões:

1.º — Correspondência rigorosa entre as variedades.

2.º — Idênticas analogias de associação verbais e contrárias.

3.º — Desvalorização do conteudo (tendência pejorativa de CLÉRAMBAULT).

4.º — Exasperação pela atenção voluntária e mediante esfôrço.

5.º — Meios de defesa.

6.º — Imbricação das alucinações obsidentes e das obsessões alucinatórias.

7.º — Passagem da obsessão à alucinação.

Vê-se, assim, que a expressão alucinação tem, de acôrdo com o autor que a emprega, acepções diversas.

Alguns autores, como LEVY-VALENSI, ao abordarem o assunto usam a expressão automatismo delirante.

HESNARD prefere a denominação automatismo vesânico. NAYRAC opta pela — automatismo fisiológico.

Foi para colocar um paradeiro a tal confusão, diz CELIER, que CLÉRAMBAULT propôs, em 1927, no Congresso de Blois, a denominação síndromo S.

3. Automatismo mental e alucinações. — Há cêrca de cem anos, BAILLARGER descreveu as por êle chamadas alucinações psíquicas, isto é, fenômenos alucinatórios que se processariam independentemente dos sentidos. Tal concepção foi, naquela época, muito combatida pelos alienistas de então, que afirmavam tratar-se de pseudo-alucinações e não, como pretendia BAILLARGER, de verdadeiras alucinações. Só anos depois SÉGLAS descreveu o fenômeno do automatismo verbal. A seguir, novos trabalhos surgiram, tendo por base o automatismo mental e o delírio de influência.

Os autores dêsses trabalhos pretendiam se subordinarem as desordens mentais não às alucinações, como habitualmente se atribue a gênese dos delírios, mas ao automatismo mental que, irrompendo bruscamente, se impõe à conciência do doente. Assim, CLÉRAMBAULT afirmava qu os distúrbios sensoriais seriam consequentes ao aparecimento do automatismo.

4. As idéias de influência. — As idéias de influência seriam motivadas pelo automatismo psíquico, daí a razão pela qual o doente afirma :

1) Transmitem-me pensamentos (idéias de influência). 2) Obrigam-me a pensar (idéias de influência). 3) E' o meu pensamento captado (idéias de influência). 4) Repetem o meu pensamento (éco). 5) Criticam os meus átos e os meus pensamentos. 6) Injuriam-me.

Segundo CLÉRAMBAULT, nestas duas últimas fases já se estariam formando as alucinações sensoriais.

Vê-se, assim, que o núcleo do automatismo de CLÉRAMBAULT consiste, primitivamente, em manifestações intra-psíquicas intrinsecamente despersonalizadas de forma mais ou menos precisa. Tratar-se-ia, portanto, de transtornos consequentes a mecanismos vários, tanto por excesso como por ausência ou ainda por defeito no curso do pensamento — roubo, captação, fuga, extravasamento, parada, éco ou antecipação. Essa concepção de CLÉRAMBAULT levou-o a sugerir a seguinte definição : "Os delírios de influência parecem ser constituidos por automatismos não evoluidos."

Para LEVY-VALENSI, o processo dissociativo passaria por três fases diferentes, a saber : *a*) Obsessão (conciência, ansiedade) ; *b*) Alucinação psíquica (despersonalização, sensação de automatismo) ; *c*) Alucinação sensorial (inconciência, objetividade perfeita).

SEMIOLOGIA DA IDEAÇÃO

1. Delírio e idéias delirantes. – 2. Idéias patológicas : idéias obsidentes e idéias fixas. – 3. Classificação dos delírios. – 4. Idéias delirantes de auto-acusação. – 5. Idéias de perseguição. – 6. Idéias de defesa. – 7. Idéias de grandeza. – 8. Idéias hipocondríacas. – 9. Idéias de negação. – 10. Idéias de enormidade. – 11. Idéias religiosas ou místicas. – 12. Idéias eróticas. – 13. Idéias metabólicas e palingnósticas.

1. Delírio e idéias delirantes. — A expressão delírio tem, para o médico não especializado e para o leigo, acepção diversa da que lhe empresta o psiquiatra.

Para os primeiros, a palavra delírio serve para designar os estados confusionais, em que o doente diz frases desconexas e denota ser vítima de alucinações. E' o caso do delírio febril.

Para o psiquiatra, delírio significa um conjunto de idéias mórbidas, apresentando afinidades entre si. Assim, por exemplo, denomina-se delírio, ou idéias delirantes de grandeza, aquele em que o doente manifesta, além de idéias de satisfação, outras de fôrça, de capacidade, de poder, de riqueza, de talento, de alta posição social, de nobreza, etc.

Cabe aquí lembrar, como o fez LEURET, o fáto de, em regra, nada terem de absurdas as idéias delirantes.

Certos doentes dizem, é verdade, ter o corpo transformado em vidro, em pau, em borracha. Essas idéias são, evidentemente, absurdas. Isso, entretanto, se observa raramente entre os doentes mentais e não como julga a imaginação popular.

O que ocorre comumente é o fato de um psicopata julgar-se arruinado, perseguido, acusado, quando, na realidade, as suas condições financeiras são prósperas, êle não está sendo perseguido nem acusado por quem quer que seja. Não diz o doente um absurdo, porque um homem pode realmente encontrar-se arruinado, perseguido e acusado. Mas não é o seu caso, em que há apenas um êrro de apreciação, pois os fátos estão, manifestamente, em contradição com a realidade.

2. Idéias patológicas : idéias obsidentes e idéias fixas. — A idéia obsidente é a que assalta periòdicamente um indivíduo, o qual conserva, entretanto, inteira conciência e luta, enérgica mas infrutìferamente, para varrê-la do espírito. Enquanto não o consegue, o doente permanece em constante estado angustioso, para depois experimentar sensação de alívio, quando dela se liberta.

A idéia fixa difere em muito da idéia obsidente. Aquí já há um verdadeiro delírio rudimentar. O indivíduo, que apresenta uma idéia fixa, não só a identifica com a conciência como se bate pela sua realização. Êste tipo mórbido de idéia é intenso e durável, não tardando a se processar um enfraquecimento do juízo crítico do doente, que passa a interpretar os fátos erroneamente.

3. ***Classificação dos delírios.*** — Os delírios podem ser divididos, segundo a sua formação, em : delírios de inferência, quando têm base interpretativa ; delírios de percepção imediata, quando se originam de alucinações ; e delírios de imaginação, quando surgem espontaneamente na conciência.

Conforme a sua marcha, são os delírios agudos ou crônicos.

De acôrdo com o conteúdo, são os delírios divididos em : coerentes ou incoerentes ; generalizados e difusos ou circunscritos e sistematizados ; primitivos ou secundários.

Finalmente, são os delírios classificados ainda de acôrdo com as idéias mórbidas que encerram. J. SÉGLAS propõe a divisão dos delírios em 10 grupos, a saber : *a*) de auto-acusação ; *b*) de perseguição ; *c*) de defesa ; *d*) de grandeza ; *e*) hipocondríaco ; *f*) de negação ; *g*) de enormidade ; *h*) místicos ; *i*) eróticos ; *j*) palingnósticos, metabólicos e de transformação corporal.

4. ***Idéias delirantes de auto-acusação.*** — O psicopata que apresenta estas idéias atribue a si tudo quanto de mal ocorre entre os seus, no seu país ou em todo o mundo. Afirma ter sido o causador de todas as desgraças, ter se conduzido mal, ter arrastado os seus companheiros e os seus amigos à ruina. Quando as idéias de auto-acusação são muito pronunciadas, o doente se diz responsável por todas as hecatombes de que há notícia. Se tem conhecimento de um crime cometido a milhares de quilômetros de distância, dêle se diz o autor. Ouve falar de um terremoto que causou centenas de vítimas, atribue logo à sua pessoa a influência maléfica que o determinou. Além disso, o auto-acusador começa a rebuscar na sua conciência todos os pequenos deslises cometidos no decurso da vida, descobrindo no passado fátos aos quais jamais dera maior importância, mas que agora o preocupam sèriamente.

As idéias de auto-acusação se acompanham de outras de auto-depreciação. O doente procura estabelecer um paralelo entre a sua vida pregressa e presente, relembrando todo o seu passado, as posições que teria ocupado, a coragem e energia com que enfrentava todos os obstáculos, para comparar com as condições em que caiu depois da moléstia, dizendo-se indigno de todos, não merecedor de qualquer tratamento, incapaz da menor reação, visto ser o mais abjeto dos seres.

As idéias de auto-acusação e de auto-depreciação surgem nos estados melancólicos, sobretudo na melancolia ansiosa e na delirante. Entretanto, essas mesmas idéias são observadas, se bem que com menor frequência, em várias outras psicopatias, como, por exemplo, na forma depressiva da paralisia geral, no início das formas esquizofrênicas, nas psicoses de involução, nos estados confusionais, no delírio alcoólico agudo (vinho triste), etc.

Os doentes que manifestam estas idéias traem, já na fisionomia, o que lhes vai no íntimo. A expressão do rosto revela concentração, inquietude. Humilde, aflito, por vêzes resignado, o auto-acusador apresenta o que se chama um delírio centrífugo, pois é dêle que deriva tanta infelicidade, é êle o causador de tudo, foi por sua causa que sucederam tamanhas desgraças.

5. *Idéias de perseguição.* — As idéias delirantes de perseguição são muito frequentes nos psicopatas e têm grande importância sob o aspecto médico-legal, em virtude do perseguido se transformar, com frequência, no chamado perseguido-perseguidor. Êste, para se livrar dos seus pretensos inimigos, não espera ser atacado e se antecipa na agressão.

Podem as idéias delirantes de perseguição manifestar-se sob as mais variadas formas.

Os que as apresentam se julgam, em geral, vítimas de uma perseguição atroz, sem exemplo. Conforme o caso, os doentes se dizem ameaçados de morte ou se queixam de ataques à sua saúde, à sua dignidade, à sua honra conjugal, ao seu pudor, aos seus direitos. Por toda a parte percebe o doente a prevenção que há contra a sua pessoa ; ouve vozes que procuram aviltá-lo, deprimí-lo, desmerecendo as suas qualidades, ferindo-o nos seus mais nobres sentimentos, exatamente no que êle mais preza. Assim, ao se acercar de determinado sítio, as pessoas que aí se encontram logo se apercebem da sua aproximação, trocam sinais entre si, cochicham ou se afastam para melhor prepararem os seus planos de ação.

Alguns perseguidos precisam quais os seus perseguidores ; são êsses os mais temíveis, porque estão convencidos de que, eliminado o autor da sua desdita, tudo serenará. O perseguido é, como já assinalava Lasègue, um condenado.

No início das psicoses, o paciente não focaliza quais os seus perseguidores. Quando se os interroga, respondem : — dizem, falam, ouvi dizer, propalam, corre o boato. Numa fase mais avançada, o paciente aponta pessoas ou coletividades : — é o chefe de polícia ou então a polícia ; os maçons, os políticos, os feiticeiros, etc.

As idéias delirantes de perseguição são encontradas nas mais variadas psicoses, mas assumem destacada importância nas formas para-

frênicas e paranóides da esquizofrenia. Geradas na sua maioria por alucinações auditivas, podem ter origem também, e é mesmo frequente, nos distúrbios cenestésicos. Neste caso, o doente se queixa de sensações estranhas pelo corpo, afirmando que sôbre êle projetam choques elétricos ou ráios de várias naturezas. Muitos afirmam praticar átos contrários às suas tendências, à sua índole e aos seus desejos, movidos por influências estranhas que atuam sôbre o seu cérebro.

Um ou outro doente suporta essa atmosfera de perseguições e procura dela se esquivar ou busca neutralizar a ação dos seus inimigos, adotando uma série de medidas defensivas — tapando os ouvidos com as mãos, introduzindo algodão ou trapos no conduto auditivo, para assim evitar a voz insolente que o molesta, ou ainda fazendo couraças de papelão, couro, folhas de zinco, etc., para colocar sob as roupas e evitar as agressões dos inimigos. Há, porém, os que se não limitam a isso, os que se armam e vão em busca dos seus supostos perseguidores, para eliminá-los antes de serem eliminados. São êsses os chamados, por FALRET, perseguidos-perseguidores, os quais oferecem, como ficou dito, grande temibilidade.

No início das idéias delirantes de perseguição, o doente quasi sempre se mostra inclinado a atribuir a perseguição de que se julga vítima à própria família, à ação dos que com êle convivem, aos vizinhos, aos companheiros de trabalho, aos seus superiores. Daí a tendência a se afastarem do meio familiar, a instabilidade que tem nos empregos e as mudanças frequentes de domicílio.

Ao contrário do que sucede nos auto-acusadores, o delírio dos perseguidos é centrípeto, considerado o doente como centro. Isto é, as perseguições e as ameaças convergem para o paciente, que se considera uma vítima e se não conforma com a sua situação.

6. Idéias de defesa. — As idéias delirantes de defesa surgem como um corolário às de perseguição. O doente, importunado por vozes ameaçadoras, sujeito a influências estranhas, procura desvencilhar-se dos seus inimigos, recorrendo a vários meios, não só para se libertar das perseguições como também para se defender de supostas agressões. Uns organizam projetos de resistência, muitos emitem palavras cabalísticas, fazem gestos ou sinais gráficos incompreensíveis ; outros recorrem a talismãs ou a fetiches que não abandonam.

Essas idéias de defesa são encontradas não só entre os psicopatas como nas populações rústicas e ignorantes. No interior do Brasil é crença geral que o indivíduo, trazendo consigo determinada oração, pode livrar-se dos inimigos e até das balas, contra as quais ficam com o "corpo fechado".

Nas idéias de defesa ditas ativas, o alienado se torna não raro perigoso, em virtude de se não limitar a medidas inofensivas, mas recorre também a processos violentos para evitar as traições dos seus pretensos inimigos.

7. Idéias de grandeza. — As idéias delirantes de grandeza, ou megalomaníacas, são comuns a várias psicopatias, conquanto sejam mais frequentes na forma expansiva da paralisia geral. As idéias de grandeza não se cingem à riqueza pecuniária, por isso que o doente se atribue também um poder sem limites, situações invejáveis, títulos nobiliárquicos, honrarias e condecorações as mais altas. Assim, as idéias de grandeza concernem à saúde, à riqueza, à elevada posição social, à nobreza, à formosura, à fôrça, ao talento, ao gênio, às qualidades creadoras, à afetividade e às virtudes filantrópicas.

Nos paralíticos gerais, onde as idéias de grandeza são melhor caracterizadas, o delírio, além de absurdo, é móvel, incoerente, ilógico, inconciente e, não raro, contraditório. Há nesses doentes preponderância das idéias de fôrça, de capacidade, de talento e de prestígio. Ao demais, tais doentes se mostram excessivamente generosos, altruistas e humanitários, ao contrário dos maníacos, que apresentam também idéias de grandeza, as quais, além de não serem tão absurdas, são de caráter egoístico.

Nas psicoses alucinatórias, nas parafrenias e nos delírios sistematizados crônicos surgem por vêzes idéias megalomaníacas do tipo ambicioso. Os doentes se intitulam então reis, santos, mostram-se altaneiros e orgulhosos, capacitados do seu grande poderio. Idéias delirantes do tipo que vertemos podem ainda ser encontradas no alcoolismo e na debilidade mental.

8. Idéias hipocondríacas. — As idéias delirantes hipocondríacas são as que se traduzem por preocupação constante e sempre mal fundada, sôbre a saúde geral e sôbre o estado dos órgãos. Os distúrbios subjetivos compreendem vários graus.

Nas formas mais leves, como ocorre nos psicastênicos e melancólicos mitigados, o doente se queixa de sensações desagradáveis, ora numa, ora noutra região, o que atribue a um mau funcionamento dos órgãos.

Os grandes hipocondríacos se convencem de que são portadores de doenças graves — tuberculose, lesão cardíaca, etc., — e não há argumento ou fôrça humana capaz de demovê-los do seu êrro. Alguns se referem não só a perturbações orgânicas, mas afirmam também que as suas faculdades intelectuais e afetivas estão comprometidas. Outros se consideram irremediavelmente perdidos, julgando-se atacados de um mal incurável e desconhecido.

As idéias hipocondríacas típicas são encontradas nas mais diversas formas do síndromo melancólico que ocorre na psicose maníaco-depressiva, na senilidade, na confusão mental, na paralisia geral, etc.

9. Idéias de negação. — Nestas formas, o doente nega a existência dos seus próprios órgãos, das suas faculdades psíquicas, das pessoas e coisas que o cercam, da terra e dos astros. Tudo para êle não passa de uma ficção. As idéias de negação tendem muitas vêzes a se sistematizarem, constituindo o denominado síndromo de COTARD, em homenagem ao alienista francês que o descreveu pela primeira vez. Tal síndromo é constituido pela reunião dos seguintes sintomas: *a*) Idéias de negação; *b*) Idéias de imortalidade e de enormidade; *c*) Delírio melancólico de danação e de possessão; *d*) Distúrbios da sensibilidade; *e*) Ansiedade melancólica; *f*) Idéias de oposição, com tentativas de suicídio e tendência à prática de auto-mutilações. O síndromo de COTARD é relativamente raro, mas já tem sido observado fóra da melancolia da psicose maníaco-depressiva, nos débeis mentais, nos confusos e nos paralíticos gerais.

10. Idéias de enormidade. — Os doentes com idéias de enormidade se julgam muitas vêzes imortais e condenados a um sofrimento eterno. Consideram-se os maiores criminosos do universo, agentes de epidemias assoladoras e dos mais bárbaros crimes. Pessimistas ao extremo, têm a tendência a tudo denegrir e a tudo emprestar sentido pejorativo.

As idéias de enormidade fazem parte do quadro clínico da melancolia ansiosa mas podem ser encontradas, também, na esquizofrenia.

11. Idéias religiosas ou místicas. — As idéias delirantes religiosas foram descritas na antiguidade e, segundo se deduz dos dados que chegaram até nós, eram as predominantes naquela época.

Os alienados com idéias religiosas são, via de regra, extremamente escrupulosos, receiam haver cometido sacrilégios, vítimas da maldição divina, de excomunhão. Muitos se dizem influenciados pelo demônio — são os que apresentam a demonopatia externa. Outros imaginam ter o demônio se encarnado no seu próprio corpo — são os chamados casos de demonopatia interna. Há, finalmente, a verdadeira demonopatia, na qual o doente não se diz influenciado pelo diabo, nem estar por êle possuido, mas afirma ser o próprio demônio.

Assim como há os que se julgam movidos pelos maus espíritos, há também os eleitos do céu, que se consideram sob a proteção de uma divindade benfeitora — são os teomanos. Muitos psicopatas se intitulam Messias, apóstolos, com uma missão a realizar na face da terra. Outros se dão a práticas religiosas exageradas, chegando a um estado de verdadeira exaltação mística e até ao êxtase. Não são raros os que se submetem a penitências, a sacrifícios, praticando auto-mutilações horríveis, certos de que vão depois ganhar o céu. Os místicos pató-

gicos se recrutam entre os paranóicos, os débeis mentais, os intoxicados por certas substâncias, como a mandrágora e a beladona, e ainda entre os histéricos.

*12. **Idéias eróticas.*** — Entre os psicopatas são frequentes as idéias delirantes relacionadas com os órgãos e as funções sexuais. Uns experimentam sensações agradáveis, mas os que se queixam de acusações penosas são em maior número.

Quando há erotismo e excitação genésica intensa, os doentes se despem, masturbam-se à vista de toda gente, têm linguagem desabrida, mímica e gestos obscenos.

Entre os perseguidos se ouvem queixas de estupros. Os doentes se dizem violados por espíritos estranhos, masturbados a noite toda por mãos misteriosas, que procuram também arrancar-lhes os órgãos genitais.

Há mulheres que apresentam idéias de gravidez imaginária, após coitos fantásticos.

Essas idéias são frequentes na histeria, nas parafrenias, na senilidade, no início da paralisia geral, na excitação maníaca e nos epiléticos.

*13. **Idéias metabólicas e palingnósticas.*** — Nos delírios metabólicos o doente afirma ter o seu corpo, ou os seus órgãos, se transformado em pau, em vidro, em borracha, etc.

Tais idéias, ao contrário do que imagina o vulgo, são relativamente raras. São notadas com maior frequência nos estados melancólicos. No delírio palingnóstico o doente, ao deparar uma pessoa ou um panorama que defronta pela primeira vez, afirma já os ter conhecido anteriormente. São as chamadas alucinações do já visto, do já ouvido, do já sentido.

AS CONSTITUIÇÕES EM PATOLOGIA MENTAL

1. Que é uma constituição? – 2. Constituições psicopáticas. – 3. Escôrço histórico. – 4. Constituição ciclotímica. – 5. Constituição hiperemotiva. – 6. Constituição paranóide. – 7. Constituição perversa. – 8. Constituição mitomana. – 9. Constituição esquizoide. 10. Relações sômato-psíquicas.

1. Que é uma constituição? — O estudo das constituições em patologia mental assumiu considerável importância nestes últimos anos, de tal forma que já não é mais lícito se abordarem os mais variados problemas da psiquiatria sem se cogitar da constituição do indivíduo.

Não é fácil definir-se o que vem a ser uma constituição. PENDE a define como "a resultante morfológica, fisiológica e psicológica, variável em cada indivíduo, das propriedades de todos os elementos celulares e humorais do corpo e também de sua combinação em um tipo especial de estrutura corpórea, em um estado celular especial possuindo um equilíbrio e um rendimento funcional próprios, uma determinada capacidade de adaptação e uma dada maneira de reagir aos estímulos do ambiente. Essa resultante se subordina às leis da hereditariedade e, acessòriamente, às ações perturbadoras do ambiente sôbre o plano hereditário da organização do indivíduo".

KRETSCHMER, cujos estudos são hoje clássicos, define a constituição como "o conjunto de caracteres de um indivíduo, enxertados sôbre a sua hereditariedade". Tal conjunto se comporia de dois grandes grupos de elementos, de um lado a estrutura do indivíduo e suas manifestações psíquicas, e de outro sua herança mediata e imediata.

O principal fator, fundamental mesmo, pode-se dizer, em todas as indagações relacionadas com a constituição, seria a hereditariedade. Isso explica a grande repercussão que teve em psiquiatria a redescoberta das leis de MENDEL, que vieram agitar novamente o velho problema da herança nas doenças mentais.

2. Constituições psicopáticas. — Por constituição psicopática se compreende um grupo definido de tendências psíquicas, fazendo parte integrante do indivíduo, revelando-se precocemente, prolongando-se durante toda a existência, exteriorizando-se por reações fugazes ou marcadas, entrelaçando-se entre si, nas mais variadas combinações.

De duração infinita, são antes enfermidades que moléstias e podem terminar por psicoses, com os mesmos traços já revelados no período pré-psicótico.

3. Escôrço histórico. — KRAEPELIN e os da sua escola, prosseguindo na via traçada pelos psiquiatras franceses, individualizaram os primeiros tipos. E' de justiça, entretanto, lembrar já ter KRAFT EBING dito anteriormente: "A loucura primária, "a paranóia", representa, por assim dizer, a hipertrofia de um caráter anormal".

KALBAUM e HECKER iniciaram o estudo da chamada ciclotimia, que KRAEPELIN e WILMANNS aprofundaram, descrevendo, de forma magistral, não só a constituição ciclotímica como a paranóide. DENY e P. KAHN contribuiram, a seguir, com valiosos subsídios para o conhecimento da por êles denominada constituição ciclóide. Pouco depois, DUPRÉ enriquecia êsse mesmo capítulo com dois valiosíssimos estudos sôbre a constituição emotiva e sôbre a mitomana.

A antiga "Moral Insanity" de PRITCHARD, também conhecida por mania instintiva de MOREL, imbecilidade moral de MAUDSLEY, foi englobada a constituição perversa. BLEULER, CLAUDE e KRETSCHMER, embora não tenham chegado a um acôrdo entre si, defendem a existência da constituição esquizóide.

Foi, assim, a doutrina constitucionalista assumindo maiores proporções, angariando cada vez maior número de adeptos, para ocupar presentemente lugar de destacada importância em psiquiatria.

4. Constituição ciclotímica. — A constituição ciclotímica se caracteriza pela alternância dos estados de excitação alegre e de depressão triste. Já ARISTÓTELES havia enunciado uma lei, segundo a qual toda superabundância de atividade se acompanha de alegria e todo entrave da atividade acarreta tristeza. Em determinados casos, a alternância obedece a certa regularidade — são os chamados pequenos circulares.

A alternância, se bem que constante, nem sempre é frisante. Pode-se dar o caso, e é mesmo frequente, de haver predominância de um estado sôbre outro (excitados ou deprimidos constitucionais). A passagem de um polo a outro é que constitue o caráter fundamental da constituição ciclotímica, os síndromos depressão e excitação não são elementos essenciais.

MAGNAN, em 1890, englobou sob o nome de loucura intermitente todos os estados melancólicos e maníacos, rotulados sob diversos nomes — loucura de dupla forma (BAILLARGER), loucura circular (FALRET), loucura de dupla forma (BILLOD), loucura de formas alternas (DELAGE), etc.

Em 1899, KRAEPELIN incluiu na sua síntese — psicose maníaco-depressiva — os diversos síndromos mania e melancolia, salvo as formas

ocorridas na fase de involução, que só mais tarde foram por êle incorporadas a êste quadro.

GILBERT BALLET empregou o têrmo psicose periódica para designar êsses estados psicopáticos.

KALBAUM, HECKER, WILMANNS e DENY isolaram, sob a denominação de ciclotimia ou humor variável, as formas atenuadas dessa psicose. A êste último autor, porém, se deve a creação da constituição ciclotímica. Tal constituição, via de regra hereditária, se manifestaria por crises intermitentes ou circulares, iniciando-se, na maioria das vêzes, já na infância. As crises, num mesmo doente, tanto poderiam ser intensas e constituir uma verdadeira psicose, como apagadas a ponto de passarem desapercebidas ou serem levadas à conta de simples variações de humor. Mas, qualquer que seja o grau com que se manifestem os sintomas, êstes teriam caracteres comuns — distúrbios da esfera afetiva e integridade da conciência. Nos casos atenuados, são essas formas geralmente catalogadas como modalidades da neurastenia e da histeria, mas na verdade não são nem uma coisa nem outra, pois que a neurastenia é uma nevrose de esgotamento, com predominância de sintomas físicos, e a histeria se caracteriza sobretudo por uma sugestibilidade mórbida, ao passo que os ciclotímicos não são nem esgotados nem pitiáticos.

A constituição ciclotímica não é, pois, uma psicose, nem é tão pouco um caráter normal da vida psíquica. E', até certo ponto, uma doença atenuada, um estado de transição — ou melhor, o limiar do domínio patológico.

Diz PIERRE KAHN — "o ciclotímico não é um alienado; não é, por outro lado, um indivíduo normal — é um tipo estranho, original, excêntrico.

Está ou muito alegre ou muito triste; ou muito dinâmico, ocupando-se de coisas alheias à sua competência, ou inativo; ou muito indeciso ou exageradamente temerário nos seus empreendimentos."

Frequentemente, diz ainda P. KAHN, se nos depara na rua certo conhecido; traz a cabeça baixa, o ar triste. O olhar é indiferente a tudo que o cerca, a fisionomia abatida, a barba por fazer, o traje mal ajustado ao corpo alquebrado. Ao nos avistar se esquiva, mal nos cumprimenta ou deixa de o fazer, apressa o passo, dando evidente demonstração de querer nos evitar. Ei-lo, dias depois, num salão de festas, o olhar vivo e o gesto largo, vestindo-se com apuro, contando entre risadas uma pilhéria picante. A sua voz é então bem timbrada e o riso fácil, aperta a nossa mão com fôrça e se mostra agora encantado de nos ver. Na vida tudo lhe parece propício e há evidente prazer em procurar compartilhar com os outros o seu entusiasmo. Surpreendidos com êsse contraste, dizemos "que tipo original!"

Referindo-se às mulheres ciclotímicas, pondera HUCHARD: "De caráter mutável como as vistas de um caleidoscópio, o que levou SYDENHAM a dizer, com razão — o que elas têm de mais constante é a sua inconstância. Ontem se mostravam alegres, amáveis e graciosas, hoje estão de mau humor, suscetíveis, zangando-se com todos e por qualquer nonada, massantes e cacetes, caprichosas e descontentes da sua sorte, nada as interessa, tudo as irrita".

O próprio ciclotímico reconhece a sua constituição, quando diz ao médico: "Sei que vivo na antecâmara da loucura, mas faço fôrça para não passar daí."

Os indivíduos portadores de constituição ciclotímica estão sujeitos a acessos de excitação maníaca e de depressão melancólica, quando outras concausas atuam despertando o estado constitucional latente.

5. ***Constituição hiperemotiva.*** — A emoção é um estado complexo, sintético, de ordem afetiva, caracterizado por sensações periféricas especiais, acompanhadas de modificações orgânicas, variáveis de acôrdo com a constituição de cada indivíduo.

Distinguem-se, habitualmente, quatro emoções principais, a saber: — a tristeza, a ansiedade, a cólera e a alegria.

As múltiplas reações reflexas que caracterizam a emoção se exercem pela via vago-simpática.

Determinadas pessoas têm verdadeira aptidão para experimentar emoções violentas. Quando a intensidade da reação emotiva ultrapassa os limites da média geral, tem lugar a constituição hiperemotiva.

DUPRÉ, que estudou detidamente a constituição emotiva, precisando os seus principais elementos e os sinais mais frequentes que permitem identificá-la, assim a define: — trata-se de um desequilíbrio do sistema nervoso, que se traduz a um tempo por eretismo difuso da sensibilidade e por insuficiência da inibição motora, reflexa e voluntária, em virtude do qual o organismo reage às impressões recebidas, por reações anormais pela sua vivacidade, extensão e duração, tornando, assim, o indivíduo mais ou menos incapaz de se adaptar às circunstâncias supervenientes, às situações imprevistas, aos novos ambientes. Tal constituição apresenta indícios próprios e permanentes, tanto na esfera física como na psíquica.

Os sinais físicos são: vivacidade difusa da refletividade, quer tendinosa como cutânea e pupilar. Hiperestesia sensorial, com reações motoras vivas, extensas e prolongadas, principalmente nos domínios mímico e vocal; desequilíbrio motor com espasmocidade visceral: faringo-esofagiano, gastro-enterospasmo; cistospasmo com polaquiúria, palpitações.

Tremores emotivos sob os seus múltiplos aspectos — trêmulus das extremidades, sobressaltos, arrepios, mioclonias passageiras, ticos, gaguez, etc.

Inibições passageiras — impotências motoras transitórias, fraqueza das pernas, mutismo, relaxamento dos esfíncteres.

Desequilíbrios circulatórios: taquicardia ocasional, não raro persistente ou com paroxismos, instabilidade do pulso. Alternativas da vaso-constrição e da vaso-dilatação periféricas. Dermografismo.

Desequilíbrios térmicos: variações objetivas, apreciáveis à termometria local, sensações subjetivas de calor e resfriamento, principalmente das extremidades.

Desequilíbrios glandulares: — Variações espontâneas e provocadas por choques emotivos, das secreções sudoral, lacrimal, gastro-intestinal, urinária, genital, biliar.

Distúrbios da refletividade intervisceral por associação, no domínio dos grandes aparelhos, traduzidos por espasmos, distúrbios secretórios, de excitação ou de inibição funcionais, determinadas por reações reflexas anormais, exercendo-se de um órgão sôbre outro, através das vias vago-simpáticas ou cérebro-espinhais.

Os sinais psíquicos são: impressionabilidade, enervamento, inquietude, ansiedade, irritabilidade, impulsividade.

Resumindo o estado psíquico encontrado nos hiperemotivos, HYVERT menciona — hiperemotividade, hiper-afetividade, enfraquecimento da vontade.

Descrições precisas dêsses estados se encontram nas Confissões de J. J. ROUSSEAU e nas Memórias de BERLIOZ, onde aqueles autores retratam, com muita precisão, as subtilezas das sensações subjetivas da emotividade exaltada.

O conjunto de distúrbios físicos e psíquicos, que constituem a hiperemotividade constitucional, tanto se podem manifestar por crises paroxísticas como de forma contínua.

Os indivíduos hiperemotivos são de uma timidez exagerada e extremamente escrupulosos, revelando grande exaltação de conciência. Dúvidas constantes lhes assaltam o espírito, gerando as mais variadas obsessões e fobias. Os abalos morais têm sôbre êles grande repercussão, provocando estados ansiosos e angústia, que os levam a um verdadeiro estado melancólico.

Os indivíduos portadores desta constituição são muito sujeitos às chamadas psicoses de situação, aos síndromos fóbicos e obsidentes.

Dada a violência com que sôbre êles atuam as impressões colhidas no mundo exterior e a inibição da vontade, que é incapaz de dominar o estado emocional, os hiperemotivos são sempre impulsivos e incapazes de sofrear as suas tendências.

A constituição hiperemotiva elevada ao seu mais alto grau pode, como assinala DUPRÉ, chegar a constituir uma afecção nervosa individualizada, com traços físicos e psíquicos perfeitamente caracterizados. Estaríamos então diante da psico-nevrose emotiva.

6. *Constituição paranóide.* — KRAEPELIN, SERIEUX e CAPGRAS, DUPRÉ, GENIL-PERRIN, MONTASSUT descreveram, sob a denominação de constituição paranóide, um conjunto de tendências, que se traduzem por : *a*) orgulho desmedido ; *b*) suscetibilidade exagerada ; *c*) desconfiança extrema ; *d*) fraqueza e falsidade do julgamento ; *e*) inadaptabilidade social ; *f*) proselitismo e fanatismo ; *g*) autodidatismo.

O orgulho patológico, que é invencível, constitue um dos principais elementos das tendências paranóides. O indivíduo não se satisfaz apenas com o alto conceito que faz de si próprio, como ainda exige que a sociedade também tenha por êle o mais elevado aprêço. Não é difícil fazer com que o indivíduo exteriorize o seu egocentrismo, como não há maior dificuldade em se verificar, pelos seus escritos, a sua desmedida egolatria.

J. J. ROUSSEAU inicia as suas Confissões com as seguintes palavras : "Realizo um empreendimento sem exemplo e que não terá imitadores. Quero mostrar aos meus semelhantes um homem em toda a verdade da natureza, serei eu."

Dêsse orgulho exagerado e mórbido nasce a desconfiança. Não encontrando, nos seus semelhantes, o éco que êle desejaria obter para as suas produções, torna-se o paranóide desconfiado ao extremo. Tal desconfiança que é, a princípio, vaga e mal definida, vai aos poucos se tornando cada vez mais intensa. O indivíduo rebusca no passado, em toda a vida pregressa, as razões de não ter tido o sucesso merecido e descobre fátos que lhe teriam passado desapercebidos quando ocorreram, mas que agora vêm consolidar as suas suspeitas, de estar êle sendo pouco apreciado e combatido desde há muito.

O julgamento é quasi sempre falho, pois que se afasta da lógica. Daí o espírito falso, utopista e sofístico.

Os paranóides relutam em aceitar a opinião alheia e timbram em se utilizar tão sòmente dos seus próprios conhecimentos e da sua própria experiência. Êsse autodidatismo se manifesta em tudo quanto é produzido pelos portadores dessa constituição.

Ao par disso, nota-se um grande proselitismo, um verdadeiro fanatismo visando a realização dos seus objetivos. Na defesa das suas idéias políticas, dos seus princípios religiosos, filosóficos ou científicos, os paranóides se empenham com grande paixão, buscando agir sôbre as massas, não hesitando sequer diante dos maiores obstáculos para conseguir o fim almejado.

A inadaptabilidade social se manifesta durante a vida toda do paranóide, que em regra não vive bem no meio familiar e entra freqüentemente em conflito com todos que o cercam. Desejando sempre impor as suas idéias e os seus princípios, se insurge contra os que se não submetem à sua vontade, indo por vêzes até à violência.

Na esfera sexual notam-se também distúrbios entre os paranóides. De uma timidez exagerada, muitos resvalam para as perversões sexuais.

A constituição paranóide pode-se agravar, transformando-se na paranóia legítima. Isso ocorre quando fatores de ordem moral exaltam as tendências mórbidas preexistentes e enfraquecem o juízo crítico. Surge então a paranóia típica ou os quadros similares, a querelência, a processividade, o delírio de reivindicação, de litígio, a sinistrose ou o delírio de indenização. Muitos regicidas e magnicidas se recrutam entre os paranóides, como demonstraram RÉGIS, na França, e XAVIER DE OLIVEIRA, entre nós.

DUHAMEL, na sua tese intitulada: "Papel dos elementos paranóides na gênese das idéias revolucionárias" conclue terem sido manifestas as tendências paranóicas da Revolução Francesa, consubstanciadas nas idéias filósofo-sociais expostas no programa jacobino; nas idéias políticas, dogma da infalibilidade universal tendo a França à frente; finalmente e sobretudo nas idéias religiosas (interpretação, supressão, depois creação de uma religião, a maioria dos chefes revolucionários era, no fundo, composta de espíritos místicos).

7. ***Constituição perversa.*** — MOREL descreveu sob a denominação de mania instintiva uma forma de alienação mental congênita, revelada já na mocidade, por indocilidade, incapacidade para o trabalho e, sobretudo, pelo aparecimento precoce dos maus instintos.

PRITCHARD, sob o nome de loucura moral, traçou de forma magistral as bases da constituição perversa, que para êle seria caracterizada por uma perversão mórbida dos sentimentos naturais, das afecções, das inclinações, dos temperamentos, dos hábitos e das disposições morais, sem desordens notáveis da percepção, da inteligência e do raciocínio.

ESQUIROL refere-se aos que dizem e fazem o mal por malícia, por maldade e por espírito de destruição. Incapazes de atenção, inimigos do trabalho, tudo anarquizam, quebram e destroem. A perversão do caráter é um flagelo para a família e para as instituições que os abrigam.

Para RÉGIS tal constituição se reconheceria pelos seguintes estigmas: amoralidade, inafetividade, inadatabilidade, impulsividade.

DUPRÉ, no relatório apresentado ao Congresso de Psiquiatria de Tunis, em 1912, sôbre as perversões instintivas, e no estudo sôbre a doutrina das constituições, considera esta modalidade como o conjunto de anomalias constitucionais, das tendências do indivíduo, considerado na sua atividade moral e social. Nos portadores desta constituição há a perda do instinto de conservação, não só relativo à vida, como à propriedade ou à extensão da personalidade.

Quando se verifica a perda do instinto vital observa-se o *tædium vitæ*, uma verdadeira melancolia lúcida, o *spleen*, que leva o indivíduo a descrer de tudo e não raro ao suicídio. Nos que apresentam ausência do instinto de propriedade, vamos encontrar os pródigos, os dissipadores,

os imprevidentes ou, pelo contrário, os avarentos constitucionais, os mendigos tesoureiros, de que o popular "Pão Duro", do Rio de Janeiro, foi um exemplo típico.

O sentimento da personalidade tanto pode fugir à normalidade por excesso, como por carência. Quando há exagêro, nota-se tendência à vaidade, à hipertrofia do eu, à ambição desmedida, ao prazer de ostentar, à necessidade de aparentar posição superior, ao sensacionalismo. Se há carência dêsse sentimento, consigna-se humildade, passividade, tendência a se auto-depreciar, a se anular, ao espírito de renúncia e de isolamento, que podem conduzir aos estados melancólicos e até ao suicídio.

Na esfera genital, as perversões podem se prender à agenesia ou frigidez constitucional, ou ao inverso, por um eretismo desenfreado, à chamada embriaguez sexual.

No primeiro caso registrar-se-ia um estado permanente de castidade, de continência sexual. Se o eretismo impulsivo se associa à crueldade constitucional, haverá manifestações sádicas. Outras anomalias ligadas à perversão do instinto genital, tôdas elas de origem constitucional, com tendência recidivante e se manifestando sob forma impulsiva, se enquadram no onanismo, no masoquismo, no exibicionismo, na bestialidade, no vampirismo e no homosexualismo.

Há, ainda, a se registrar, as anomalias do instinto de reprodução, tanto por excesso, como por ausência dos sentimentos de paternidade ou de maternidade.

Finalmente, cumpre ainda lembrar as anomalias do instinto de sociabilidade, manifestadas com frequência desde a infância por preguiça, inércia, indocilidade, impulsividade, espírito de contradição, inafetividade, ineducabilidade, crueldade para com os animais e para com os seus semelhantes. Tais tendências, com a idade, via de regra se agravam, se traduzindo por vagabundagem, reincidência no crime, incapacidade de regeneração e de emenda.

*8. **Constituição mitomana.*** — Casos há em que o desequilíbrio constitucional afeta a imaginação, compromete o juízo crítico e deturpa a realidade objetiva.

Os que apresentam êsse vício constitucional se mostram inclinados à adulteração da verdade, à mendácia, à fabulação e à simulação. Essa tendência mórbida caracteriza a constituição mitomana. Conforme o caso, a mitomania é despertada por vaidade, por malícia, por perversidade e ainda por lubricidade.

Os portadores desta constituição podem dar curso à imaginação até cair num estado de verdadeiro delírio, tanto agudo, como por eclipses (V. semiologia da imaginação).

9. Constituição esquizóide. — BLEULER, KRETSCHMER, MINKOWSKI e CLAUDE defendem a existência da constituição esquizóide.

De acôrdo com a concepção de KRETSCHMER, a mais aceita, exposta no seu livro "Corpo e Caráter", o tipo de constituição esquizóide teria uma superfície e uma profundidade.

Se se quiser caracterizar em uma palavra a base do temperamento esquizóide pode-se dizer : o temperamento esquizóide se encontra entre os polos irritável e inerte, da mesma forma como o temperamento ciclóide oscila entre os polos alegre e triste.

Os caracteres essenciais do esquizóide seriam, além do seu duplo aspecto : a superfície e a profundidade, a bipolaridade (coexistência em proporções variáveis de um certo grau de hiperestesia e anestesia psíquicas) e a ambivalência.

BLEULER considera o esquizóide sobretudo como um autista, com perda do contacto vital e grande interiorização.

Para CLAUDE o esquizóide é um autista, sonhador, vivendo num mundo imaginário.

O indivíduo de constituição esquizóide seria um predisposto à esquizofrenia, para ela resvalando fàcilmente, sob a ação de várias causas, sobretudo com o advento da puberdade.

10. Relações sômato-psíquicas. — O Prof. KRETSCHMER, da Universidade de Marburg, tem procurado estabelecer as relações entre as diversas constituições somáticas e as diferentes psicoses. Para tanto, KRETSCHMER estabeleceu quatro tipos constitucionais :

1.º) tipo astênico ou leptosomático, representado pelos indivíduos magros, esguios, de nariz grande, de maxila pouco desenvolvida, de tórax estreito e membros longos, musculatura pouco desenvolvida e escasso panículo adiposo ;

2.º) tipo atlético, constituído pelos indivíduos de caixa torácica ampla e de grande desenvolvimento muscular ;

3.º) tipo displásico, representado pelos indivíduos desharmônicos, desproporcionados, disformes, com sinais evidentes de distúrbios funcionais das glândulas de secreção interna ;

4.º) tipo pícnico, constituído pelos indivíduos gordos, de abdômen volumoso, pescoço curto, com tendência à calvície, à hipertensão. Êste tipo corresponderia ao tipo sanguíneo ou pletórico dos autores antigos.

KRETSCHMER, depois de longas observações, chegou à conclusão de que os indivíduos portadores dos tipos astênico ou leptosomático e atlético seriam mais predispostos à esquizofrenia, donde a denominação a êles dada de tipos esquizotímicos.

Os portadores do tipo pícnico seriam sobremodo sujeitos à psicose maníaco-depressiva, motivo pelo qual foram chamados tipos ciclotímicos.

Os tipos displásicos não apresentam maior afinidade para esta ou aquela psicopatia.

Os estudos de KRETSCHMER foram retomados por numerosos autores e, si nem todos estão de acôrdo nas relações existentes entre os tipos leptosomático e atlético com a esquizofrenia, já o mesmo não se dá no que respeita ao tipo pícnico e à incidência da psicose maníaco-depressiva, cuja relação é evidente.

A PSICOLOGIA EXPERIMENTAL E JURÍDICA

1. Importância da psicologia experimental. – 2. A psicologia jurídica. – 3. Exploração da memória. – 4. Métodos experimentais para a exploração da memória. – 5. Provas para a avaliação da memória de fixação. – 6. Métodos para o estudo da memória de reprodução. – 7. Exploração da conciência.– 8. Provas para a avaliação da atenção. – 9. Métodos para o estudo da imaginação. – 10. Exploração da associação ideativa – 11. Medida da inteligência. Quociente intelectual. – 12. O reflexo psico-galvânico. – 13. Indagação da sinceridade. – O registrador de mentiras. – 14. O sôro da verdade. – 15. Psicodiagnóstico de Rorschach.

1. Importância da psicologia experimental. — A aplicação dos métodos experimentais ao estudo das funções psíquicas oferece, em dadas condições, elementos valiosos para o psiquiatra.

A psicologia experimental abrange o conjunto de pesquisas das faculdades psíquicas realizadas por meio de aparelhos, testes e outros processos experimentais, capazes de fornecer elementos que permitam conhecer, avaliar e até mesmo medir a intensidade dos diversos fenômenos psíquicos.

A exploração do psiquismo, realizada pelos métodos experimentais, exige, entretanto, certas cautelas na apreciação dos resultados colhidos e grande perícia do investigador.

Há, presentemente, marcada tendência de certas escolas de reduzir a números ou gráficos os mais complexos átos psíquicos, limitando, por assim dizer, toda a análise mental à psicometria. As consequências dessa orientação só poderão contribuir para o descrédito dos métodos experimentais aplicados à investigação psicológica.

A psicologia experimental é sem dúvida de grande utilidade na apreciação isolada das faculdades do entendimento, servindo para comprovar e sobretudo para documentar os resultados da observação clínica, a que terá, porém, sempre que se subordinar.

2. A psicologia jurídica. — Denominam-se psicologia jurídica ou judiciária as diversas aplicações da psicologia à ciência do direito.

Recorrendo-se aos métodos de exploração psicológica, realizados em meio apropriado, é hoje muitas vêzes possível desvendar a personalidade de um delinquente, reconstituir as circunstâncias que cercaram determinado áto jurídico, apreciar devidamente uma prova testemunhal

e, ainda, concorrer para a elucidação de um crime até então envôlto em mistério. Contudo, será uma imprudência, dada a falibilidade das mesmas, dar-lhes valor exagerado, na ausência de outras provas objetivas.

Muito embora os resultados obtidos, mercê da psicologia jurídica, não se apliquem ainda a todas as esferas do direito, é êsse um campo certamente fadado a ocupar, em futuro não remoto, papel de relevância nos diversos ramos das ciências jurídicas.

3. Exploração da memória. — Muitos são os métodos propostos para o estudo da memória. Entretanto, na prática nem todos podem ser aplicados, sobretudo em psiquiatria, onde a maioria dos pacientes não se presta a indagações dessa natureza. Um simples interrogatório, conduzido com habilidade e método, já permite, muitas vêzes, avaliar-se o estado da memória do examinando. Há uma série de testes, verdadeiros testes naturais, como sejam o nome a idade, o estado civil, a data do nascimento, a profissão, a residência, a filiação e outros dados que uma pessoa, mesmo de instrução rudimentar, deverá responder sem maior hesitação.

Uma vez verificada a existência de distúrbios na esfera mnésica, ter-se-á que apurar se tais distúrbios são congênitos ou adquiridos.

Há também grande interêsse em se apurar a época exata do início da amnésia, qual o seu decurso e ainda se o desmemoriado tem conciência do seu estado.

Indispensável será se perquirir, em seguida, se os desvios observados se instalaram brusca ou insidiosamente, se houve ou não perda da conciência na fase inicial e, finalmente, qual o fator provável determinante da amnésia.

Isso pôsto, restará verificar-se se a amnésia é parcial ou geral ; difusa ou lacunar ; contínua ou periódica ; anterógrada, retrógrada ou retroanterógrada.

4. Métodos experimentais para a exploração da memória. — As provas destinadas à verificação da memória, como todas as demais provas da psicologia experimental, devem ser realizadas em ambiente adequado, longe do ruido e onde não existam fatores que possam distrair a atenção do paciente. Por outro lado, o médico deverá conhecer o grau de cultura e o meio em que vivia o paciente, afim de poder orientar o interrogatório e formular testes de acôrdo com a mentalidade do examinando.

5. Provas para a avaliação da memória de fixação. — As mais conhecidas são as de ZIEHN. Consistem em : 1.º) Solução de um problema de multiplicação relativamente fácil e repetição de uma palavra pouco comum, falada ou então escrita e apresentada ràpidamente. 2.º) Repetição de dois números de seis cifras.

Muito vulgarizada é a prova, também de ZIEHN, conhecida por prova das palavras associadas. Pronunciam-se lentamente 10 pares de palavras associadas, como por exemplo: café — maduro; colheita — milho; negócio — vantajoso; flor — amarela; casa — alta; mês — maio; rio — caudaloso; homem — feliz; fruta — verde; cidade — grande. Depois de alguns minutos se repete o primeiro de cada um dos dez pares de palavras, convidando-se o examinando a dizer o segundo.

EBBINGHAUS recorre a um grupo de palavras sem nexo, por exemplo: PIC - LAT - RET - DOT - ZEM, - etc., que, depois de apresentada por alguns segundos ao examinando, deverá êste repetí-las minutos depois.

A prova digital de RIEGER consiste em se dar, a cada um dos dedos da mão um determinado número, devendo logo depois o paciente dizer o número correspondente ao dedo que se lhe estende. Esta prova não deixa de ser difícil até para as pessoas normais.

Teste simples e ao alcance da maioria das pessoas é a dita *prova da notícia*. Recorta-se uma notícia curta, mas sugestiva, de uma ocorrência qualquer. Por exemplo: "Verificou-se ontem violento temporal na cidade de Campinas. Grande parte das plantações foi destruída pelo vendaval. São calculados em mais de cem contos os prejuízos havidos. Não houve, felizmente, nenhuma vítima". Repete-se a notícia em voz alta, o observando deverá reproduzir a maior parte das idéias lógicas contidas na notícia.

BERNSTEIN propõe o reconhecimento de figuras geométricas, feitas de madeira. As figuras apresentadas deverão ser depois reconhecidas entre numerosas outras não mostradas.

Na prova de HOLMGRÉN o paciente deverá achar, entre numerosos fios de lã de côres diferentes, dois ou três por êle vistos minutos antes.

JASTROW imaginou um método para o estudo da memória dita muscular: o paciente deverá reconhecer, com os olhos fechados, pelo tamanho, um bastão palpado anteriormente, entre quatro outros de dimensões diversas.

6. Métodos para o estudo da memória de reprodução. — HENNEBERG sugeriu interessante e fácil prova, que se executa submetendo à apreciação da pessoa a examinar uma série de gravuras com cenas da vida familiar, paisagens, monumentos, etc. Passados alguns minutos, a pessoa deverá descrever o que representavam as gravuras mostradas.

Esta prova se presta também para a verificação da rapidez da percepção, juízo crítico e estético, além da memória visual.

KRAEPELIN propôs o chamado *método aritmético*. O doente deverá fazer uma série de somas de números de uma só cifra, dispostos em diversas colunas. Levar-se-á em conta o tempo dispendido para realizar a adição de cada coluna e os erros praticados. Êste método serve

também para se indagar da capacidade do trabalho intelectual, da rapidez da associação ideativa e para o estudo do maior ou menor grau de fatigabilidade.

7. ***Exploração da conciência.*** — Faz-se pela determinação do tempo de reação, isto é, registrando-se a duração de um áto psíquico conciente desde o momento da excitação até que se produza o sinal indicativo da percepção da sensação pelo indivíduo. Habitualmente a prova é realizada com um cronômetro. Nos laboratórios de psicologia experimental recorre-se aos cronoscópios de Hipp e d'Arsonval, que são muito mais precisos, mas que por isso mesmo não se aplicam nos hospitais psiquiátricos, em virtude dos resultados pouco elucidativos obtidos com os doentes mentais.

8. ***Provas para a avaliação da atenção. – Prova de Bourdon.*** — Mostra-se ao paciente um texto, de preferência em língua estrangeira, contendo pelo menos cem palavras. O paciente deverá cancelar todas as letras *a* e *n* que fôr encontrando à medida que procede à leitura. A prova deverá durar 10 minutos ; o explorador, de cronômetro em punho, irá assinalando cada minuto no texto lido. Verifica-se, ao depois, qual o número de letras *a* e *n* não assinaladas em cada minuto, e do número de erros se deduzirá o grau de fatigabilidade da atenção.

A prova de Toulouse se realiza com uma série de quadradinhos, com um pequeno traço em lados diferentes. O examinando deverá assinalar apenas os quadradinhos com o traço colocado num determinado lado.

9. ***Métodos para o estudo da imaginação.*** — Já pelo conteudo das idéias delirantes é possível julgar-se se há ou não exaltação da capacidade imaginativa em muitos psicopatas.

Existe uma infinidade de provas para a apreciação dos distúrbios da imaginação.

Para se aquilatar da imaginação sensorial convida-se o paciente a fechar os olhos e a pensar numa determinada côr ; em seguida se lhe apresenta um diafrágma branco. No caso de ser a imaginação muito viva, o paciente tem a impressão de ver, através do vidro fosco, uma das côres complementares na qual havia pensado quando com os olhos fechados.

Toulouse sugeriu uma série de desenhos representando cenas relativamente simples : um cão perseguindo um gato ; um vendaval inclinando algumas árvores ; um livro esquecido no banco de um jardim, etc. Pede-se ao paciente que, dentro do prazo de um minuto, elabore uma historieta com o argumento do desenho mostrado.

Esta prova, realizada com vários indivíduos, revelará quais os de imaginação mais fértil e pronta.

10. Exploração da associação ideativa. — O estudo da associação ideativa tem, em muitos casos, importância relevante. Um dos processos mais em voga é o dos estímulos verbais, proposto por ASCHAFFENBURG, do qual há numerosas variantes. Pede-se ao paciente que, imediatamente após ouvir uma determinada palavra, repita a primeira que lhe ocorrer sugerida pela que acabou de ser pronunciada.

Há uma série imensa de estímulos lembrados; alguns autores propõem palavras indutoras contendo imagens abstratas, outros preferem palavras concretas.

De posse de um cronômetro capaz de registrar 1/5 de segundo, mede-se o tempo de associação para cada estímulo verbal. Terminada a experiência, obtêm-se a média do tempo para cada série e, em seguida, a média geral.

Desta prova se utilizaram YUNG-BLEULER para o estudo das chamadas associações condicionais. Para a sua realização utilizaram-se de uma série de 200 palavras, constituída por 100 substantivos (75 concretos e 25 abstratos), 50 adjetivos e 50 verbos, dispostos de forma que a cada substantivo se siga um adjetivo e depois um verbo. Dever-se-á, entretanto, evitar toda relação entre palavras-estímulo consecutivas. As palavras-estímulo se selecionam de forma a despertar complexos afetivos mais frequentes (família, vida sexual, profissão, posição social, política, religião) e, finalmente, vivências relativas à saúde e doenças, guerras e desgraças.

Explica-se ao examinando que após cada palavra dita deverá pronunciar a primeira que lhe brotar na mente; por exemplo: dinheiro — carteira; água — fria; preguiçoso — menino, etc. A experiência se inicia após a palavra — Atenção! Segue-se pronunciando as palavras em voz clara e pausada, sem elevar a voz. Vai se registrando, num cronômetro de segundos, o tempo transcorrido entre a pergunta e a resposta, anotando-se esta última. Repete-se a experiência depois de 24 horas e decorridos oito dias. Esta prova nos permitirá avaliar: 1.º) o tempo de reação; 2.º) exteriorizações afetivas, simbolizações, e se há ou não irresolução ou perplexidade ao dar a resposta; 3.º) repetição de palavra-estímulo ou de outras anomalias de reação; 4.º) reações eivadas de citações; 5.º) perseveração nas palavras-estímulo neutras; 6.º) transtornos na reprodução.

A demora do tempo de reação constitue o indício de maior valia na existência de complexos.

Assaz vulgarizada é também a *prova de livre associação*, que se resume no seguinte: convida-se o paciente a dizer todas as palavras que lhe ocorrerem durante três minutos. O explorador irá anotando o número de palavras pronunciadas em cada meio minuto e em seguida somará o total das palavras. A média dos resultados obtidos varia entre 60 e 100 vocábulos.

HEILBRONNER aconselha o método das imagens seriadas, para a qual se recorre a um certo número de desenhos esquemáticos, assaz simples. Cada série de desenhos representa um mesmo objeto, mas as primeiras figuras são apenas esboços, aos quais se vão juntando, em cada figura, detalhes que o tornam cada vez mais reconhecível. À medida que se vai apresentando uma das figuras, indaga-se do paciente o que lhe parece e o que há de novo em cada um dos novos desenhos. As respostas serão cuidadosamente anotadas. Os indivíduos de inteligência normal deduzem logo no primeiro esquema o que o mesmo representa. Os retardados e os confusos necessitam chegar até o desenho completo.

11. Medida da inteligência. Quociente intelectual. — Após os trabalhos de BINET e SIMON, TOULOUSE e PIERÓN, TERMAN, STERN, WHIPPLE, YERKES e outros psicólogos de renome, surgiu uma infinidade de testes para se medir a inteligência. Dentre todos os métodos propostos, o de BINET e SIMON continúa a ser o mais empregado.

Êstes autores estabeleceram uma escala métrica da inteligência, cuja adaptação brasileira é a da pagina seguinte.

Determinada a idade mental do observando, estabelece-se a relação com a idade cronológica, obtendo-se, assim, o quociente intelectual.

$$Q.\ I. = \frac{I.\ M.}{I.\ C.}$$

Nota. — Q. I. = Quociente intelectual.
I. M. = Idade mental.
I. C. = Idade cronológica.

Se, por exemplo, um indivíduo com 20 anos responde apenas às perguntas de uma criança de 10, teremos

$$Q.\ I. = \frac{10}{20} = 0{,}50\,.$$

O quociente intelectual normal oscila entre 90 e 110. Um quociente de 0,50 corresponderia à imbecibilidade atenuada.

A tabela de BINET-SIMON é a seguinte :

Q. I.

140 ou mais = Gênio.
120 a 140 = Inteligência superior.
110 a 120 = Inteligência supra-normal.

TESTES BINET-SIMON

Nome ____________________

Nascido a ____________________

Data ____________________

I. C. ________ I. M. ________ Q. I. ________ A. M. ________

	+ — ?
3 ANOS	
1 Dar o nome e sobrenome.	
2 Mostrar olhos, nariz e boca.	
3 Repetir 2 números.	
4 Enumeração numa gravura.	
5 Repetir frase 6 sílabas.	
4 ANOS	
6 Dizer o sexo.	
7 Nomear objetos usuais.	
8 Repetir 3 números.	
9 Comparar 2 linhas.	
5 ANOS	
10 Comparar 2 pesos.	
11 Copiar um quadrado.	
12 Repetir frase 10 sílabas.	
13 Contar 4 tostões.	
14 Jôgo de paciência.	
6 ANOS	
15 Distinguir manhã e tarde.	
16 Definir pelo uso.	
17 Copiar um losango.	
18 Contar 13 tostões.	
19 Comparações estéticas.	
7 ANOS	
20 Mão direita, orelha esquerda.	
21 Descrever uma gravura.	
22 Ordem tríplice.	
23 Contar $900.	
24 Nomear 4 côres.	
8 ANOS	
25 2 objetos de memória.	
26 De 20 a 0.	
27 Lacunas de figuras.	
28 Dar a data do dia.	
29 Repetir 5 números.	

	+ — ?
9 ANOS	
30 Dar trôco para 2$000.	
31 Definir melhor que pelo uso.	
32 Reconhecer a moeda.	
33 Enumerar os meses.	
34 Perguntas fáceis.	
10 ANOS	
35 Ordenar 5 pesos.	
36 2 desenhos de memória.	
37 Frases absurdas.	
38 Perguntas difíceis.	
39 3 palavras em 2 sentenças.	
12 ANOS	
40 Resistir à sugestão.	
41 3 palavras em 1 sentença.	
42 60 palavras em 3 minutos.	
43 Explicar conceitos.	
44 Reconstruir frases.	
15 ANOS	
45 Repetir 7 números.	
46 Achar 3 rimas.	
47 Repetir frase 26 sílabas.	
48 Interpretar uma gravura.	
49 Fatos diversos.	
ADULTOS	
50 Teste do recorte.	
51 Reconstruir triângulo.	
52 Dif. entre idéias abstratas.	
53 Rei, Presidente.	
54 Pensamento de HERVIEU.	

90	a	110	=	Inteligência normal.
80	a	90	=	Debilidade mental atenuada.
70	a	80	=	Debilidade mental pronunciada.
50	a	70	=	Imbecilidade atenuada.
0	a	50	=	Imbecilidade profunda e idiotia.

12. O reflexo psico-galvânico. — O reflexo psico-galvânico é obtido pelos desvios da agulha de um galvanômetro intercalado em um circuito fechado por ambas as mãos do indivíduo submetido a exame. A menor emoção experimentada pelo examinando é acusada pela agulha que oscila com maior ou menor intensidade, conforme as reações afetivas do paciente.

Submete-se o paciente a uma série de provas, como a de YUNG-BLEULER, por exemplo. Vão se observando as reações registradas pelo aparelho após cada palavra-estímulo. Quando esta despertar uma perturbação emocional acentuada, o aparelho acusará a intensidade da reação emotiva.

Pode-se selecionar um grupo de palavras-estímulo relacionadas com determinado fáto e, pelas reações por elas despertadas numa dada pessoa, tiram-se conclusões de certo valor.

13. Indagação da sinceridade. O registrador de mentiras. — Em 1921, J. A. LARSON, Sub-diretor da Clínica Psiquiátrica da "Recorder's Court", em Detroit, empregou pela primeira vez, na polícia de Berkeley, um curioso aparelho por êle denominado cárdio-pneumo-psicograma, destinado a registrar a um tempo as desordens respiratórias e circulatórias, além dos distúrbios vaso-motores que acompanham as emoções, que se apoderam do indivíduo ao proferir uma mentira.

Tal aparelho foi aperfeiçoado pelo Dr. CHESTER DARROW, que o denominou foto-polígrafo e que dêle se utiliza para a indagação do comportamento, e que permite, também, comprovar-se a sinceridade do indivíduo. Quando êste adultera a verdade, o estado emotivo, por mais calmo que seja o indivíduo, se trái pelas irregularidades do pulso e da respiração, que ficam inscritas no traçado registrado pelo aparelho.

Muitos autores se propuseram empregar êsse aparelho na prática criminal, mas contra essa medida se insurgiu o próprio LARSON, que diz : "O temor da inocência e outras condições que impedem a determinação das condições normais são fatores que influem sôbre os erros da interpretação e, em virtude disso, tais registros não devem ser introduzidos nos tribunais. Atualmente, LARSON e seus colaboradores A. CANTY e C. BROOM se opuseram decididamente à introdução da prova de mentiras em processos judiciais, pelo fáto de sua execução, além de não ser infalível, não ser jamais suficientemente exata de forma a

permitir a sua introdução na prática judiciária. Tal emprêgo, referem ainda aqueles autores, só servirá para desconcertar o jurado e poderá conduzir à prática da mais flagrante injustiça.

14. O sôro da verdade. — Já os antigos recorriam ao alcool para conseguir a confissão dos criminosos: *In vino veritas* — diziam êles. O alcool, assim como outras substâncias inebriantes e entorpecentes, dissocia o psiquismo, inibindo a censura exercida pelo conciente. O alcoolista, na fase da embriaguez, não tem segredos e tudo revela, fáto conhecido por muitos que se prevalecem dêsse estado para fins ilícitos, valendo-se da ausência de defesa do indivíduo nesse estado.

Outros processos que agem sôbre a conciência, como, por exemplo, o hipnotismo, foram também lembrados com o objetivo de lograr a confissão dos criminosos.

Em 1918, um médico americano, HOUSE, teve a idéia de recorrer a uma mistura de cloridrato de morfina e bromidrato de escopolamina, por êle denominado *sôro da verdade*, para obter um estado de semi-conciência e assim, durante a fase do chamado automatismo onírico, proceder ao interrogatório dos réus.

Com idêntico objetivo, CLAUDE lançou mão do éter, HERRERA do clorofórmio, KLASI dos barbitúricos.

Muitos autores se mostram entusiastas dêsses processos, que nas mãos de outros não foram tão eficientes.

15. Psicodiagnóstico de Rorschach. — Êste método consiste na interpretação de borrões de tinta, que numerosos autores já haviam anteriormente utilizado para a exploração da imaginação do indivíduo. Entretanto, RORSCHACH verificou que, pela interpretação das manchas de tinta, sobretudo policrômicas, poder-se-iam explorar não só a imaginação como também a inteligência, a vontade, as faculdades afetivas e até morais.

Baseado em numerosas observações, depois de acurado estudo e longos anos de trabalho, aquele autor propôs a introdução do seu método em psicologia experimental, não apenas como um teste, mas sobretudo como um novo processo para o conhecimento da caracterologia.

Mercê dêsse novo sistema pode-se apreciar a normalidade de várias funções mentais isoladas (rapidez da percepção, interpretação de formas, atenção, memória, imaginação, associação de idéias, afetividade, estado de inconciente, etc.) e, ao demais, deduzir-se também das funções globais do psiquismo, quer do normal, quer do patológico, permitindo a classificação em diversos tipos.

PENDE (1) é de opinião ser o método de RORSCHACH um dos reativos mais adequados para se determinarem as diversas gradações dcs

(1) PENDE (Nicola). *Scienza Dell'Ortogenesi.* Ed. Vallardi, pág. 47.

tipos de caráter, das atitudes e também para se estabelecer a orientação geral da inteligência.

Para a execução desta prova, RORSCHACH, após grande experiência, mandou confeccionar dez planchas numeradas, contendo borrões de tinta de várias côres, escolhidos entre os que lhe pareceram mais interessantes.

Apresentam-se ao indivíduo as planchas pela ordem numérica, indagando-se : *a*) o que representam aquelas figuras, tanto no seu todo como nas suas minúcias ; *b*) a quantidade de interpretação no que concerne à forma, ao movimento, às côres, etc.; *c*) o conteúdo da representação (figuras humanas, animais, órgãos, plantas, paisagens, etc.); *d*) finalmente, si a interpretação é comum, original ou excêntrica.

Em regra, obtêm-se de 15 a 30 respostas, que são anotadas numa ficha especial proposta pelo autor. As crianças, os intelectuais e os psicopatas de imaginação exaltada costumam dar um número de respostas maior que o normal.

Para muitos investigadores, esclarece PENDE, êsse método se aproxima ao da livre associação de palavras de JUNG ; as manchas de tinta agiriam como estímulo, permitindo, outrossim, uma série ordenada de respostas.

O exame das respostas permitirá deduzir-se : 1) o modo de percepção ; 2) a qualidade da interpretação ; 3) o conteúdo da interpretação ; 4) si a resposta é original ou comum.

No decurso da prova se infere qual o tipo de percepção, de caráter, a sucessão da interpretação e o choque despertado pelas côres, que, mediante a aplicação das fórmulas do autor, permitiria concluir-se qual o grau da inteligência, a afetividade, o instinto, a ordem, a originalidade, a simpatia, a sugestibilidade, a impulsividade, etc., tanto dos indivíduos normais como dos casos patológicos.

A PSICANÁLISE

1. Origens. – 2. Idéias fundamentais de Freud. – 3. A sexualidade segundo Freud. – 4. O complexo de Edipo. – 5. O simbolismo. – 6. A livre associação de idéias. – 7. A associação despertada pela palavra estímulo. – 8. Os sonhos e a sua interpretação. – 9. Os atos falhados. – 10. Tratamento psicanalítico. – 11. Aplicações da psicanálise. – 12. Psicanálise, medicina legal e criminologia.

1. Origens. — A psicanálise ou psicologia profunda representa uma das mais belas e atraentes concepções do pensamento humano, fruto do cérebro verdadeiramente genial de SIGMUND FREUD (1856-1939), notável médico de Viena.

FREUD, ao observar uma doente atacada de histeria, tratada por um seu colega, o Dr. JOSÉ BREUER, verificou grandes melhoras da paciente depois de deixá-la dar livre expansão aos seus pensamentos e sobretudo aos seus sentimentos, quando sob a ação da hipnose. Êsse método, denominado catártico ou da purgação de idéias, impressionou fundamente a FREUD, que o aplicou no tratamento de outras nevroses. Á medida que observava os seus doentes e aprofundava os seus estudos, o sábio de Viena explorava o psiquismo humano, deduzindo uma soma de consequências, chegando a uma série de conclusões que lhe permitiram compreender o mecanismo psíquico e a influência sôbre êle exercida pelos chamados traumas morais. Nasceu daí a psicanálise, a princípio método semiológico, depois terapêutico das psiconevroses, derivando para interpretações mais ou menos ousadas, invadindo o campo da psicologia, da medicina, da arte, do cinema, da religião, da vida quotidiana e da criminologia.

2. Idéias fundamentais de Freud. — O creador da psicanálise entendia depender a vida psíquica do homem, suas tendências e conduta, muito mais da atividade inconciente que pròpriamente da esfera conciente. Assim, o indivíduo seria guiado nas suas resoluções e ações pelas fôrças instintivas adormecidas no inconciente, que sofreria também a influência de uma série de sentimentos e desejos não realizados mas que ficariam em estado de latência, sob a forma de complexos, atuando preponderantemente sôbre a esfera conciente.

Dessa forma, elementos instintivos, fruto da hereditariedade, combinados a uma série infinita de desejos recalcados no inconciente, dominariam a personalidade humana, que longe de se subordinar ao livre

arbítrio, à esfera conciente, seria governada muito mais pelas fôrças misteriosas que dormitam nas camadas profundas do nosso ser.

FREUD concebeu um esquema bastante complexo para explicar a sua concepção da personalidade humana, admitindo, em síntese, a existência de três "eus" dentro de cada um de nós : um "eu inferior", fruto da animalidade, dominado pelas fôrças instintivas, oriundo de elementos hereditários, aos quais se iriam juntar os nossos recalques, as ações não realizadas pelos rigores da censura que filtra, de acôrdo com os interêsses do indivíduo e com as conveniências sociais, tudo quanto chega à tona da conciência ; um "eu conciente", que seria representado pela concepção que cada um faz da própria personalidade, isto é, da parte da nossa atividade psíquica que nos é accessível e sôbre a qual a nossa vontade é capaz de agir ; finalmente, um "eu superior", encarregado de estabelecer contáto entre o "eu inferior", o "eu conciente" e o mundo exterior, buscando adaptar o indivíduo ao ambiente social em que vive.

Na concepção freudiana, as tendências instintivas recalcadas exerceriam papel preponderante sôbre a vida psíquica. E, dentre os instintos, o sexual, que se não manifesta só na puberdade, como se acreditava, mas que é ináto na criança, viria a ocupar a primeira plana, dominando todas as nossas ações.

3. A sexualidade segundo Freud. — Para FREUD, o instinto sexual passaria por estados diferentes até se concretizar na esfera genital. A líbido, que seria a ânsia experimentada pelo indivíduo de ser mimado e acariciado, surgiria sem localização fixa na criança e se traduziria, ao nascer, por uma atração pela mãe, que lhe dá o alimento. Essa seria a chamada fase digestiva.

Mais tarde, o instinto sexual atravessaria a fase dita anal, a criança se interessaria mais pela exoneração intestinal, experimentando com isso grande prazer.

Segue-se a fase narcísica, isto é, a da admiração e a da atração pela sua própria pessoa, do prazer que o adolescente experimenta em contemplar as suas próprias formas, em analisar os seus sentimentos, em se entregar aos seus devaneios, em defender as suas idéias, revelando marcado egocentrismo.

Finalmente, o instinto sexual atinge o seu completo desenvolvimento, traduzindo-se pela atração pelo sexo oposto, pelo prazer na realização do áto sexual normal.

No decurso dessa evolução, um sem número de fatores podem perturbar a sua sequência natural, donde uma série de complexos que vão sendo recalcados no inconciente, perturbando a vida psíquica do homem, que ignora as razões por que é assaltado frequentemente pelos mais variados distúrbios nervosos e psíquicos.

Por si só o homem seria incapaz de se livrar dêsses complexos, que êle próprio desconhece. A técnica psicanalista visa exatamente penetrar no íntimo alheio, explorar as zonas profundas e drenar o elemento perturbador que, desde a infância, se foi instalando sorrateiramente no inconciente.

O psicanalista faria, seja-nos permitida a comparação, o papel de um escafandrista que desce ao fundo do mar para eliminar os obstáculos que perturbam o livre curso da navegação, no caso a vida psíquica.

Para a realização de missão tão delicada, como é a da sondagem do espírito humano, isto é, da psicanálise, há vários meios, mas todos visando uma só coisa : dissociar o psiquismo humano. Assim se pode recorrer aos meios químicos, às substâncias inebriantes e entorpecentes que, obnubilando a conciência, deixam extravazar o que a censura impede nas condições normais.

Os processos fisiológicos, como o sono, são também um meio de que nos podemos utilizar estudando os sonhos, fruto da atividade inconciente.

O último e terceiro método seria de ordem psicológica — hipnose, sugestão em vigília e a psicanálise — que emprega todos os meios tendentes a descobrir, através das mais variadas manifestações da vida do indivíduo — esquecimentos, lapsos, livre associação de idéias, idéias mórbidas, sonhos, etc., os complexos responsáveis pelas manifestações insólitas ou pela conduta irregular.

4. ***O complexo de Edipo.*** — Uma das bases sôbre a qual FREUD levantou a sua debatida teoria se assenta no célebre complexo de Edipo. Edipo, como se sabe, é uma figura mitológica. Conta a lenda ser Edipo filho de Laius, rei de Tebas, e de Jocasta. Certo dia foi Laius advertido por um oráculo, que lhe disse estar êle exposto a ser morto pelo próprio filho. Nasce logo depois seu filho Edipo. Laius, receioso de que se realizasse a profecia, manda expôr o filho no alto de uma montanha. Lá foi êle recolhido por alguns pastores, que o levam ao rei de Corinto. Educado principescamente, fez-se homem e tratou de indagar da sua origem. Aconselharam-no a não voltar ao seu país, pois o oráculo havia previsto ter-lhe o destino reservado a desdita de assassinar o pai e esposar a própria mãe. Procurou êle então exilar-se, mas em caminho se lhe depara Laius, a quem mata após uma contenda. Domina depois a Esfinge, cujo enigma decifra, merecendo a recompensa de se casar com Jocasta, que outra não era senão sua própria mãe, o que se realiza sem que êle saiba quem é a espôsa. Um oráculo o põe ao par do sucedido. Jocasta se suicida e Edipo arranca os próprios olhos, partindo de Tebas guiado pela sua filha Antigonia.

Daí o creador da psicanálise ter denominado complexo de Edipo a tendência sexual manifestada pela criança do sexo masculino para a própria genitora. No complexo de Electra, outra imagem mitológica, seria a atração sexual da criança do sexo feminino pelo genitor do sexo oposto.

Para FREUD, o complexo nuclear do inconciente seria o de Edipo, isto é, o desejo de todo menino ver o pai morto para que êle o substitua junto à própria mãe, dominando assim no lar.

*5. **O simbolismo.*** — Dão os psicanalistas grande valor aos símbolos, sobretudo aos surgidos nos sonhos. Os símbolos traduziriam os desejos, as manifestações mais primitivas das nossas tendências instintivas.

Comenta FRANCO DA ROCHA ("A Doutrina de Freud", pág. 122): "Durante a vida infantil o modo de pensar é antropomórfico e egocêntrico, daí o fáto de todos os objetos do mundo exterior terem sexo, no entender das crianças. Êsse pan-sexualismo do universo é, pois, a origem da abundância de símbolos eróticos que surgem nos sonhos e nas nevroses. O modo de pensar da criança (que sobrevive no inconciente do adulto como tendência) só se relaciona com seu próprio corpo e a satisfação de seus instintos, razão pela qual sua atenção se fixa nos objetos e processos do mundo exterior que têm semelhança evidente com sua experiência e constantemente lha recordam."

Dentre os principais símbolos apontados por FREUD, os sexuais são os mais importantes. Caniço, bengala, lapis, serpente equivalem ao órgão masculino. Tabaqueira, caixa, vaso, cofre, cova corresponderiam ao feminino. Assim, pela análise e interpretação dos símbolos seria possível deduzir-se o pensamento oculto, que se exteriorizaria de forma mascarada, burlando a vigilância da censura.

*6. **A livre associação de idéias.*** — Um dos principais métodos de semiologia psicanalítica consistiria na análise da associação de idéias, que se processa livremente quando se pede ao paciente que pense alto, isto é, que vá dizendo tudo quanto lhe passa pela cabeça, sem se importar com o conteúdo dessas mesmas idéias, por mais absurdas que sejam, obscenas ou contrárias ao interêsse do próprio doente. A princípio, a censura, sentinela vigilante, vai selecionando o que deve e o que não deve ser relatado. Até mesmo as hesitações, os circunlóquios, os subterfúgios, as tergiversações de que se utiliza o doente para afastar o que a censura condena, são úteis ao psicanalista. Depois, creada confiança, o doente já se anima a fazer verdadeiras confissões, "esvasiando o saco", como diz o povo. Por vêzes, o doente é tomado, no decurso da narração, de uma profunda emoção, que se traduz pela mímica, pelo riso, pelo chôro, o que também tem sua significação clínica.

7. ***A associação despertada pela palavra estímulo.*** — Muitas vêzes, a simples associação livre de idéias não é suficiente para se pôr à mostra tudo quanto encerra a conciência do doente. Há então necessidade de se recorrer a outros processos de exploração, entre os quais se destaca a associação de idéias provocada por uma palavra estímulo ou palavra indutora. Para isso se organiza um quadro contendo várias palavras, sem nenhuma relação com o fundo afetivo apresentado pelo doente, ao lado de outras que certamente despertarão uma série de representações mentais, pelo fáto de se relacionarem com assuntos que constituem a preocupação habitual do paciente. Vai-se pronunciando a palavra estímulo e registrando as respostas provocadas, o tempo entre a pergunta e a resposta, as associações que se seguem à palavra reação e, finalmente, os concomitantes físicos da emoção — hesitação, riso, chôro, impaciência, ansiedade, distúrbios vaso-motores, etc., revelados pelo paciente. (Vide capítulo Exploração da Associação Ideativa, pág. 105).

8. ***Os sonhos e a sua interpretação.*** — Um dos processos de semiologia psicanalítica mais recomendado consiste na interpretação dos sonhos, que para FREUD não seria uma associação ideativa se processando ao acaso, como em geral se imagina. Todo sonho teria a sua razão de ser e traduziria sempre um desejo não realizado, uma aspiração não satisfeita. O sonho, para escapar à ação da censura e para transpô-la, leva o sonhador inconcientemente a disfarçar, através de imagens simbólicas, as suas verdadeiras preocupações, donde a necessidade de se aplicar uma técnica especial, que permita descobrir as idéias recalcadas, os propósitos reprimidos, as tendências abafadas, responsáveis pelos transtornos nervosos. Há, para isso, vários processos preconizados pelos psicanalistas — condensação, deslocamento, dramatização, elaboração secundária, etc.

9. ***Os átos falhados.*** — FREUD, analisando os átos da vida quotidiana, concluiu que todos os esquecimentos, lapsos, ratadas, confusões, precipitações, gestos desastrados, etc., praticados involuntariamente, são frutos de recalques que interferem indèbitamente no curso da nossa vida, burlando a censura nos momentos de claudicação da atenção. Cita-se, como exemplo, o de uma pessoa que tem sentimentos ocultos por determinada senhora casada. Esta perde o marido e o apaixonado, ao dar pêsames à viuva, apresenta felicitações. Isso significaria que, embora o paciente, no cumprimento de um dever social, tivesse realmente o intuito de dar condolências, no seu íntimo o seu pensamento seria de satisfação por ver desaparecido o rival.

10. ***Tratamento psicanalítico.*** — "O psicanalista, diz FRANCO DA ROCHA ("A Doutrina de Freud", pág. 201, 2.ª edição), tem que des-

cobrir todos os pensamentos torpes, repugnantes, imorais e violentos do paciente, e os sentimentos de ciume, ódio, inveja, perversões as mais egoísticas e selvagens, para que o doente conheça a torpeza dos seus desejos inconcientes, ocultos, e possa utilizar de modo normal e razoável essa energia afetiva mal distribuída.

O médico toma parte importantíssima no tratamento, não tanto porque preside a psicanálise, mas muito mais porque penetra na personalidade do paciente e se torna parte ativa no conflito das fôrças afetivas dêste. E' um fenômeno natural e não raciocinado, inconciente, resultante do contáto íntimo e recíproco entre o paciente e o médico".

Para atingir êsse objetivo, há uma infinidade de técnicas, que deverão variar conforme o caso e as causas às quais se atribue êste ou aquele sintoma.

Entre os métodos mais em voga figuram a condenação, a transferência afetiva, a sublimação, a prática sexual normal, etc.

*11. **Aplicações da psicanálise.*** — A psicanálise tem servido para explicar as perversões e as inversões sexuais, que seriam na sua essência uma forma de regressão, de parada ou de infantilismo no instinto sexual.

Para FREUD, todas as neuroses teriam sempre um ponto de partida sexual, representado por um desejo recalcado, por práticas sexuais incompletas ou artificiais. Aliás, já BEARD, creador da neurastenia, a denominára inicialmente neurastenia sexual, reconhecendo o papel saliente dos distúrbios da esfera genital na gênese daquela moléstia.

As psicoses, conquanto obedecessem a um mecanismo muito mais complexo, não deixariam também de ter sua origem em fundamentos de ordem sexual, maximé a esquizofrenia, na qual se verificaria profunda desordem na esfera da afetividade.

Nem todos os psiquiatras, entretanto, aceitavam as idéias de FREUD, resumindo toda a patologia nervosa e mental a fenômenos de ordem sexual, para não falar nas múltiplas aplicações e conclusões avançadas decorrentes da sua aplicação ao estudo das religiões, dos mitos, da arte, da literatura, da criminologia, etc.

*12. **Psicanálise, medicina legal e criminologia.*** — A psicanálise deu margem a uma série de estudos no campo da medicina legal e da criminologia.

FREUD não se ocupou diretamente de aplicar a psicanálise à criminologia, mas não faltaram discípulos para aprofundar êsse tema.

Assim, ALEXANDER e STAUB ("O criminoso e seus juízes". Tradução de LEONÍDIO RIBEIRO. Ed. Guanabara, 1934) comenta : "O psicanalista não pode ficar satisfeito com a conclusão formal da psiquiatria de que êste ou aquele seja uma "personalidade psicopática", no entanto o mais antigo dos psiquiatras não tem elementos para ir além. O psicanalista não se satisfaz com isso, porque pode ir muito mais longe

e assinalar os mecanismos psicológicos específicos em questão, escondidos nesses rótulos científicos por demais generalizados. Não se pode deixar de insistir em afirmar que um grande número dêsses casos limítrofes, talvez a maioria dêles, não podem mesmo ser reconhecidos como tais, sem o profundo contingente fornecido pela psicanálise.

O apêlo feito por LIZST no sentido de considerar o criminoso e não o crime não pôde ser satisfeito antes de FREUD descobrir o seu método científico de investigação da personalidade humana. A introdução da psicanálise na sala do julgamento será o primeiro passo para a realização do ideal de LIZST".

Vem a propósito lembrar aquí as palavras de GENIL PERRIN ("Annales de Médécine Legale, de Criminologie et de Police Scientifique", Mai, 1932): "Toda criminologia psicanalítica repousa pois, pura e simplesmente, na fé e na eficácia terapêutica da análise, pode-se, assim, fazer uma opinião sôbre o valor dessa criminologia segundo o que se pensa dessa terapêutica".

Perguntaremos, agora, quais são as possibilidades práticas atuais da aplicação dessa doutrina?

Aquí não sejamos mais psicanalista que os próprios psicanalistas e respondamos desembaraçadamente: Elas são nulas.

Para que a psicanálise entre no terreno da prática importam modificações sociais profundas, nas quais seja a pena substituída, como diz REIK, por medidas mais adequadas.

Mas isso corresponderia, insiste GENIL PERRIN, a Zukunftsmusik de REIK, o que se poderia traduzir por "música futurista".

E enquanto aguardamos essa profunda reforma social, limitemonos a estudar a psicanálise e suas relações à criminologia, sem querermos tirar conclusões prematuras e sobretudo sem nos arriscarmos em terreno tão eivado de incertezas. Não devemos introduzí-la no campo do direito como um dogma infalível capaz de derruir todas as conquistas até aquí feitas nos domínios da criminologia.

Devemos, por enquanto, nos contentar com a música clássica... E já não é pouco.

Não é, assim, sem carradas de razão que SCHNEIDER (1) comenta: "Os psicanalistas pensam dispor de meios novos para reconstruirem o áto, para triunfarem sôbre a resistência do acusado e para distinguírem, em suas declarações, o verdadeiro do falso, porém êsses meios não são superiores à observação psicológica e ao simples bom senso. A criminologia psicanalítica procede por generalizações apressadas de fenômenos admissíveis em certos casos e que só podem trazer esclarecimentos em matéria envolvendo motivos sexuais."

HANS COENEN, por seu lado, entende que a psicanálise não deve ser utilizada na solução de problemas penais.

---

(1) – SCHNEIDER. *Monatschrift für Kriminal Psychologie.* 1938. Pág. 321.

DESORDENS SOMÁTICAS NAS PSICOPATIAS

1. Desordens somáticas e do metabolismo. – 2. Perturbações da sensibilidade geral. – 3. Sensibilidades especiais. – 4. Distúrbios da motilidade. – 5. Disartria. – 6. Distúrbios do sono. – 7. Desordens circulatórias. – 8. Desordens do aparelho respiratório. – 9. Desordens digestivas. – 10. Funções genitais. – 11. Distúrbios secretórios.

1. Desordens somáticas e do metabolismo. — No decurso das psicopatias surgem, com grande frequência, distúrbios da esfera somática, comprometendo os diversos aparelhos e sistemas, provocando lesões tróficas e, não raro, transtornos do metabolismo, donde modificações no estado de nutrição, acarretando ora emagrecimento rápido ora, pelo contrário, grande adiposidade.

Fáto, já assinalado pelos psiquiatras antigos, é o dos doentes mentais, quando caminham para a cronicidade, se apresentarem em excelentes condições de nutrição.

Nas psicoses orgânicas as desordens somáticas fazem parte do quadro clínico, podendo-se consignar paralisias várias, distúrbios da motilidade, da sensibilidade, etc. Na esfera endócrina são múltiplas as disfunções notadas, sendo muitas vêzes difícil estabelecerem-se as relações de causa e efeito.

2. Perturbações da sensibilidade geral. — Desordens da sensibilidade, tanto da tátil, da dolorosa, como da térmica, têm sido registradas nas diversas psicoses. Entretanto, é óbvio acrescentar-se que tais distúrbios são de apreciação sobremodo difícil, porquanto as respostas fornecidas pelos doentes nem sempre são dignas de fé. Não obstante, parece não haver dúvida que na excitação maníaca há uma exaltação de todas as funções, inclusive exacerbação da sensibilidade geral. Todavia, na grande maioria dos casos o que se observa no tocante à sensibilidade é exatamente o contrário, isto é, um embotamento muitas vêzes completo da sensibilidade geral. Êsse fáto explica a indiferença que se observa pela dor num grande número de doentes que praticam auto-mutilações, por vêzes de extrema gravidade, sem contudo exteriorizarem qualquer sensação dolorosa.

Os cirurgiões dos hospitais para psicopatas têm ocasião de observar doentes que se submetem a pequenas intervenções cirúrgicas — aberturas de abcessos, fístulas, aplicações de aparelhos ortopédicos — sem anestesia e sem protestos. Tal diminuição da sensibilidade dolo-

rosa constitue, por assim dizer, apanágio dos esquizofrênicos, cuja desvulnerabilidade é sobremodo pronunciada.

Ao par das hiperestesias, das hipoanestesias e das anestesias, cabe também se incluírem os transtornos ditos parestésicos, isto é, uma série de sensações que o doente não consegue descrever com precisão, originadas das alterações da sensibilidade profunda.

3. ***Sensibilidades especiais.*** — As alterações das sensibilidades especiais — gustativa, olfativa, auditiva, visual e ainda do sentido muscular — têm sido descritas num grande número de doentes apresentando distúrbios psíquicos.

No que respeita à sensibilidade gustativa, devemos salientar o quanto são elas comuns entre os psicopatas, que alegam não sentirem o sabor dos alimentos ou que se queixam a todo momento de mau gôsto em tudo quanto comem.

Quando alterada a sensibilidade olfativa, o paciente acusa em geral anosmia ou desaparecimento do olfato, sendo mesmo tal sintoma apontado como sinal precoce da paralisia geral.

Múltiplas são também as desordens da sensibilidade auditiva — hiperacusias, hipoacusias e paracusias — assinaladas no decurso das psicopatias. E' sobretudo na velhice que se as encontram mais frequentemente.

Entre as desordens visuais consignadas cumpre também se mencionem as hemianopsias, que, conquanto sejam mais frequentes nas afecções neurológicas, não deixam de existir em clínica psiquiátrica, mòrmente nas psicoses da senilidade.

No que tange à sensibilidade profunda, depara-se-nos, entre os psicopatas, um elevado número de modificações que levam o doente a ter sensações as mais estranhas: inexistência das vísceras; existência de corpos estranhos ou de animais no seu interior, etc.

4. ***Distúrbios da motilidade.*** — O estado muscular apresenta frequentemente inúmeras modificações no decurso das psicopatias, sobretudo quando o mesmo fator que comprometeu a esfera psíquica atinge também os núcleos da base do cérebro.

Nas psicoses orgânicas, sobretudo naquelas que reconhecem como causa a deficiência de irrigação dos centros nervosos, as atrofias musculares são vistas muitas vêzes.

Na forma catatônica da esquizofrenia predomina um estado de relaxamento muscular que gera uma verdadeira catalepsia, a que os psiquiatras antigos denominavam *flexibitas cerea.*

No período terminal dos estados demenciais, maximé na fase final da demência paralítica, vamos encontrar as escaras de decúbito, o mal perfurante plantar e grande tendência às supurações, às hemorragias e aos abcessos.

Na esquizofrenia, quando os doentes permanecem longas horas de pé, surgem edemas das extremidades inferiores, o que se pode observar também nos membros superiores quando o paciente fica horas seguidas com os braços distendidos, sem movimentá-los.

Os tremores são vulgares nas doenças mentais, revelando-se de forma mui acentuada no alcoolismo, na paralisia geral, nas psicoses tiroidéias e na confusão mental.

As convulsões são comuns na epilepsia, na histeria, na paralisia geral, nas psicoses puerperais e nos estados tóxicos.

5. ***Disartria.*** — Em várias doenças mentais o doente experimenta maior ou menor dificuldade na articulação das palavras, que se mostram arrastadas, hesitantes e por vêzes inteiramente incompreensíveis. Tal sintoma, que BAILLARGER denominou "sinal fatal", tem grande importância no diagnóstico da paralisia geral, muito embora se o possa observar, si bem que não de forma tão característica, no alcoolismo crônico, na confusão mental e nas psicoses orgânicas.

Nos débeis mentais é corrente a dificuldade na elocução, em virtude da troca frequente de letras e o modo de falar semelhante ao das crianças.

6. ***Distúrbios do sono.*** — Já não resta a menor dúvida sôbre a existência de um centro regulador do sono, localizado na região infundibular. Todas as vêzes que um processo inflamatório (encefalite epidêmica) ou destrutivo (tumor) atinge êsse centro vamos consignar desordens do sono, que tanto podem caracterizar-se por excesso, isto é por hipersônia, por ausência — insônia — como pela inversão do ritmo, levando o doente a dormir o dia todo e a permanecer durante a noite em estado de vigília.

A inversão do ritmo do sono é de regra na psicose maníaco-depressiva, na paralisia geral e nos estados confusionais.

Várias causas podem ser incriminadas para se explicar a insônia dos psicopatas — entre as principais se incluem as alucinações, idéias delirantes — que não lhes permite alcançar o estado de despreocupação necessário para que se instale o sono. Outros não são alucinados, mas têm idéias fixas, idéias obsidentes, que os assaltam particularmente nos momentos de transição entre o sono e a vigília.

7. ***Desordens circulatórias.*** — Nos doentes atacados de sífilis do sistema nervoso há também, em regra, lesões luéticas da aorta que se acompanham de fenômenos de insuficiência. Na presbiofrenia, na artério-esclerose cerebral se nos deparam distúrbios comuns à artério-esclerose generalizada, como sejam elevação da pressão arterial, fenômenos de insuficiência cardíaca, estase da circulação cerebral. A taquicardia é de fácil apreciação no início das formas esquizofrênicas, em que há

assaz frequentemente leve hipertrofia da tiróide. Nos estados de excitação maníaca, a circulação se acelera ; o contrário se verifica na depressão melancólica.

8. Desordens do aparelho respiratório. — Muito se tem debatido o problema da coexistência da tuberculose com a esquizofrenia. Alguns autores chegam a afirmar categoricamente a existência de uma simpatia mórbida entre as duas afecções, julgando que o quadro mental nada mais é senão a expressão de uma toxemia tuberculosa. Entretanto, o problema não está ainda definitivamente assente.

E' fáto de observação comum o dos alienados revelarem excepcional resistência às afecções inflamatórias do aparelho respiratório. Sabida é a dificuldade que se tem em manter certos doentes agazalhados, mesmo em pleno inverno. Não obstante, casos de bronquite e de pneumonia são relativamente raros entre os doentes mentais.

9. Desordens digestivas. — O comprometimento das funções digestivas é de regra nas psicopatias, sobretudo nas formas incipientes.

A recusa ou negativismo alimentar, a chamada sitofobia, surde precocemente nas formas esquizofrênicas e melancólicas.

Na confusão mental o estado de inapetência é absoluto, o que muito dificulta a conservação do doente em condições satisfatórias de nutrição.

Doentes mentais há, como os idiotas, certos epiléticos e paralíticos gerais, que são extremamente vorazes, ingerindo quantidades fabulosas de alimentos, sendo necessário vigiá-los para evitar graves distúrbios da digestão.

A obstipação intestinal é extremamente habitual nas psicoses, em particular nas formas melancólicas.

O estado saburral das vias digestivas, dentes fuliginosos e mau hálito são fenômenos comuns nas psicoses tóxicas e infecciosas.

10. Funções genitais. — As modificações da esfera genital têm sido devidamente apreciadas pelos alienistas. Quando há excitação psico-motora há também exaltação da potência sexual. Manifestações de erotismo são correntes nas formas incipientes da paralisia geral e nos estados de excitação maníaca. Na melancolia, nos estados confusionais, nos estados psicastênicos, há, via de regra, uma grande depressão sexual.

No sexo feminino, as preocupações sexuais são muito frequentes no decurso das psicoses, particularmente nas que surgem no período da menopausa. Certas doentes se entregam então a uma vida sexual desbragada.

A frigidez sexual não é excepcional, tanto no homem como na mulher, sobretudo nos estados esquizofrênicos.

11. Distúrbios secretórios. — Entre os psicopatas, as desordens das secreções, tanto internas como externas, são extremamente frequentes. A secreção salivar na esquizofrenia aumenta de uma forma desusada, o que se denomina sialorréia ou pitialismo. Idêntica hipersecreção salivar tem sido descrita nas sequelas da encefalite epidêmica e nas diversas formas da oligofrenia.

A secreção sudoral também se mostra nos psicopatas alterada, maximé quando há desequilíbrio vago-simpático concomitante às perturbações mentais. Alguns psicopatas têm a transpiração muito fétida. Outros há em que o suor adquire um cheiro característico, que os psiquiatras antigos comparavam ao de ninho de rato.

A hipersecreção sebácea, maximé a seborréia da face, constitue um dos sintomas somáticos da esquizofrenia. Tal secreção se mostra em alguns casos tão abundante que dá a impressão de ter o doente untado o rosto com óleo.

Na idiotia tuberosa há a formação de pequenos adenomas sebáceos nas vizinhanças das asas do nariz e em tôrno da bôca, o que tem grande valor diagnóstico.

EXAME DO DOENTE MENTAL

1. Primeiro contacto com o doente mental. – 2. Conduta do psiquiatra. – 3. A anamnese. – 4. O interrogatório. – 5. O ambiente. – 6. O vestuário. – 7. A atitude do doente mental. – 8. O exame biotipológico. – 9. O exame neurológico. – 10. O exame das faculdades intelectuais, afetivas e morais. – 11. A conciência. – 12. A memória. – 13. A atenção. – 14. Pesquisa da associação ideativa. – 15. O juízo crítico. – 16. Estudo da imaginação. – 17. Indagação da afetividade. – 18. Estudo da vontade. – 19. Atos mórbidos.

1. Primeiro contacto com o doente mental. — O exame do doente mental se reveste, não raro, de dificuldades insuperáveis. Na sua execução é que o psiquiatra tem oportunidade de revelar capacidade e tino clínico.

Há casos difíceis, para o exame dos quais só logrará colher elementos precisos um especialista dotado de excepcionais qualidades e grande tirocínio.

Ao deparar com o paciente vai o alienista, com cuidado, procedendo ao exame, de forma a alcançar os objetivos que tem em vista : captar a simpatia do doente, penetrar-lhe o íntimo ; devassar-lhe o sub-conciente ; surpreender distúrbios sensoriais ; analisar idéias delirantes ; antever propósitos ; prever átos mórbidos ; assentar o diagnóstico.

Para tanto importa, num relance, inspecionar o ambiente, observar a atitude, a mímica, o vestuário do paciente, para só depois iniciar habilmente o interrogatório.

2. Conduta do psiquiatra. — O alienista não deverá jamais prestar-se ao desejo, frequentemente manifestado pelas famílias dos doentes, de se apresentar disfarçado, deixando de declinar a sua qualidade de médico. Poderá, em certas circunstâncias, consentir que aleguem estar êle alí presente para examinar outra pessoa da casa e aproveitar o ensejo para ver também o paciente.

Não haverá também maior inconveniente em dizer ao doente que vai proceder a um exame clínico geral, quando o seu propósito é o de realizar um exame psiquiátrico.

Os ardís e os subterfúgios propostos pelas pessoas da família do doente só deverão ser aceitos quando não venham de encontro à dignidade profissional e não contribuam para enfraquecer a autoridade

moral do médico. Será sempre preferível usar de franqueza, lealdade e sinceridade, porquanto os psicopatas são extremamente desconfiados e, uma vez ilaqueados na sua boa fé, difìcilmente se lhes reconquista a confiança indispensável para tratá-los.

3. A anamnese. — A anamnese exige, no estudo de um doente mental, a mais rigorosa indagação. Como em regra o psicopata não está em condições ou se nega a prestar as informações necessárias, cumpre recorrer-se às pessoas que com êle convivem — parentes, amigos, vizinhos, companheiros de trabalho, etc.

Convém lembrar a grande dificuldade em se conseguirem dados seguros das famílias dos doentes, que não só por ignorância, como e sobretudo pelos preconceitos no tocante às moléstias mentais, buscam esconder a existência de casos de alienação nos antepassados e colaterais do paciente. Importa não apenas a averiguação de casos bem definidos de psicopatia, mas também de afecções neurológicas — crises convulsivas, etc.; doenças infecciosas — sífilis, etc.; intoxicações — alcoolismo, morfinomania ; doenças hereditárias ; suicídios, etc.

Nos antecedentes pessoais do doente deve-se esmiuçar toda a sua vida pregressa, si possível desde a fase intra-uterina, indagando-se das condições em que se verificou o parto, do início da moléstia mental, passando através da infância e da adolescência.

A época em que o paciente esboçou os primeiros passos, balbuciou as primeiras palavras, as condições em que se desabrochou a vida psíquica, tudo deve ser anotado. Segue-se a indagação da escolaridade, da fase puberal, da atividade pragmática, da índole, do caráter, da sociabilidade, dos instintos, das tendências, da afetividade, dos hábitos.

A fase pré-psicótica, o início da doença mental, os primeiros sintomas indicativos de desordem do espírito, os distúrbios psíquicos porventura observados em épocas anteriores, devem constituir objeto de estudo acurado.

4. O interrogatório. — Não há, é bem de ver, regras fixas para se conduzir o interrogatório. E' impossível adotar-se um critério uniforme, uma só conduta, sem se levarem em conta os dados anamnésticos, o local onde o doente é examinado, o estado do mesmo no momento do exame e os motivos pelo qual é êste procedido.

Só pelo estudo e pela experiência é que se adquirem o táto, a prudência, a calma, a argúcia, a penetração e a sagacidade necessárias para bem se conduzir o interrogatório de um doente mental.

5. O ambiente. — Enquanto interroga o paciente, o médico observa o ambiente, nota a disposição dos móveis, o estado de conservação dos objetos de que se utiliza o doente, os livros existentes junto

à cabeceira, os medicamentos em uso, sem nada deixar escapar à sua investigação, que, embora rigorosa, deverá ser rápida e discreta.

6. O vestuário. — A indumentária do doente oferece, com frequência, pista de valor para o médico experimentado. No caso do doente se apresentar despido, êsse fáto já constitue indício digno de apreciação, pois que revela perda dos sentimentos éticos.

O descuido do vestuário, a ausência de asseio corporal, o desalinho das roupas, a excentricidade revelada no trajar, as côres berrantes, os enfeites, os adornos, os distintivos, devem ser objeto da atenção do alienista. Tais elementos podem servir para esclarecimento dos distúrbios apresentados pelos doentes, mòrmente quando se tratar de psicopatas dissimuladores, que procuram ocultar os seus verdadeiros sentimentos e as suas idéias mórbidas.

7. A atitude do doente mental. — A atitude do doente mental merece desde logo ser consignada, pois o médico deve andar sempre prevenido afim de se não deixar surpreender por uma tentativa insólita de agressão. As precauções por êle tomadas não devem, entretanto, ser percebidas nem pelo paciente, nem pelos que o cercam.

Muitos doentes mentais se apresentam como pessoas normais, não deixando, à primeira vista, transparecer o menor distúrbio psíquico.

Os desconfiados retratam na fisionomia, no olhar, nos gestos, nas respostas reticentes ou capciosas, o receio de que estão possuidos.

Os perseguidos e revoltados assumem por vêzes atitudes agressivas e provocadoras.

Os orgulhosos e egocêntricos, convencidos da sua superioridade sôbre os seus semelhantes, tomam atitude altaneira e desdenhosa.

Os melancólicos se mostram humildes, dizendo-se indignos da menor atenção, julgando-se seres desprezíveis que não devem merecer qualquer consideração.

Os angustiados têm a fisionomia contraída, exprimindo tristeza, ansiedade, inquietação, desespêro.

Os excitados não só se movimentam continuadamente, revelando grande instabilidade psico-motora, como falam sem cessar.

Os deprimidos permanecem imóveis, são apáticos, impassíveis e indiferentes.

Ao par dos que revelam vivacidade invulgar, aceleração no curso do pensamento e grande agilidade no raciocínio, figuram os abúlicos, apatetados, embrutecidos e estuporados, que são morosos nos gestos e tardos nas respostas.

Si muitos são passivos, obedecendo automàticamente a tudo quanto se lhes pede, sem siquer indagar da finalidade dos átos que executam,

outros revelam obstinada vontade, opondo-se tenazmente a tudo quanto contrarie os seus propósitos, indo até à agressão si instados a realizar átos em desacôrdo com o que pensam.

8. O exame biotipológico. — O estudo da constituição do indivíduo têm hoje, como demonstrou KRETSCHMER, grande importância nas pesquisas psiquiátricas. Impõe-se a medida dos índices cefálico, facial e nasal, a distribuição dos pêlos a verificação da pressão arterial, a determinação dos grupos sanguíneos. Os exames paraclínicos — metabolismo basal, radiografia simples e contrastada do crâneo, as reações sorológicas no sangue e no líquido céfalo-raqueano, não podem ser dispensados quando se quer proceder a um exame minucioso e bem cuidado.

No Serviço de Antropologia da Assistência Geral a Psicopatas de São Paulo, creado em 1936 sob a nossa orientação e organizado pelo Dr. Coriolano Roberto Alves, foi adotado o método antropológico da escola italiana, que se nos afigura o mais adequado a êsse gênero de estudos.

O método antropométrico é o de VIOLA para o tronco e membros, o de BARBÁRA para a cabeça, associado ao clássico método da cefalometria. Também de VIOLA e BARBÁRA são os métodos de classificação adotados, que julgamos os mais precisos e seguros.

Para a realização das medidas antropométricas faz-se necessário um antropômetro de báscula de VIOLA, um compasso de espessura, metálico, dotado de ramos rétos e curvos.

A ficha antropológica utilizada é de cartolina dobrada ao meio, de forma a oferecer quatro faces : na primeira, a superior, são inscritos os dados referentes ao indivíduo, inclusive as anotações cromáticas e genealógicas : ao lado dêsses elementos figuram os resultados da dinamometria, a pressão arterial, o tipo sanguíneo, os exames de sangue e do líquido céfalo-raqueano e, finalmente, o diagnóstico psiquiátrico. Em se tratando de psicopata delinquente, inscreve-se também o gênero do delito.

A segunda face é reservada à antropometria, compreendendo, de um lado, as medidas e os valores do tronco e membros, as relações fundamentais e respectivas classificações ; do outro, a cefalometria (método de BARBÁRA) e suas classificações.

As duas faces restantes da ficha são destinadas às fotografias antropométricas (corpo inteiro de frente e de perfil), à sinalética e à individual datiloscópica. (V. ficha anexa).

9. O exame neurológico. — Praticado o exame morfológico e o clínico geral, deverá o médico cuidar do exame neurológico. Procederá à observação da marcha do indivíduo, da postura, do equilíbrio, da motricidade, da sensibilidade, das desordens tróficas.

Registro Geral
Ficha n.º
Nome

Corpo de Perfil
Corpo de Frente

Fotografia Sinalética

Individual Dactiloscópica

ASSISTÊNCIA GERAL A PSICOPATAS
MANICÔMIO JUDICIÁRIO
SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO

SÉRIE
POLEGARES | INDICADORES | MÉDIOS | ANULARES | MÍNIMOS
SECÇÃO

Assinatura do observado :

Ficha biotipológica

Os reflexos serão rigorosamente pesquisados, tanto os superficiais como os profundos.

As sensibilidades deverão ser pesquisadas nas suas diferentes modalidades — térmica, dolorosa e tátil.

As desordens da fala serão anotadas, sobretudo as dificuldades existentes na articulação das palavras.

Os exames dos aparelhos sensoriais, sobretudo da visão — igualdade e forma das pupilas, reações pupilares à luz e à acomodação, paralisias dos músculos oculares, estado do fundo dos olhos — são indispensáveis.

Os distúrbios dos nervos craneanos, do tonus muscular, os tremores, tanto da língua, como dos dedos, os movimentos involuntários — são elementos complementares dos quais se não pode prescindir.

10. O exame das faculdades intelectuais, afetivas e morais. — Só então se deverá dar início à chamada psicoscopia, ou seja à perquirição das diferentes faculdades de que se compõe a personalidade humana, isto é, não apenas do conciente, mas também do inconciente A psicologia e a psicopatologia nos oferecem hoje uma infinidade de processos e métodos visando a exploração da mente humana, tanto normal como patológica.

11. A conciência. — A perda completa da conciência ocorre nos diversos estados comatosos, qualquer que seja a causa determinante — traumática, compressiva, tóxica ou infecciosa.

Ao se registrar a existência de certo grau de conciência, ainda mesmo que relativo, há interêsse em se apurar o seu estado, tendo-se o cuidado de se anotar si esta se mostra íntegra, exaltada, obnubilada ou diminuida.

No que concerne à orientação, é indispensável verificar-se si o doente tem noção do tempo, lugar e meio (orientação alo-psíquica), bem como si tem noção da sua própria pessoa (orientação auto-psíquica).

12. A memória. — O estudo da memória tem capital importância, porquanto da integridade das faculdades mnésicas dependem as demais faculdades psíquicas.

Para apreciá-la devidamente convém, em pr meiro lugar, distinguir si os distúrbios observados são relativos à memória de fixação, conservação, evocação ou de localização.

Os transtornos da memória se caracterizam por exaltação (hipermnésia) ; diminuição (hipomnésia) ; abolição (amnésia) ; e ainda por perversão (dismnésia).

13. A atenção. — Há, na semiologia da atenção, grande interêsse em se perquirir si esta faculdade se encontra de todo abolida (distraí-

dos dissipados) ou si a concentração dessa faculdade sôbre determinada questão é tão intensa que impede a projeção do pensamento sôbre outros temas (distraídos concentrados).

A mobilidade e a instabilidade da atenção deverão ser também averiguadas com o maior cuidado.

14. Pesquisa da associação ideativa. — A associação de idéias se mostra muitas vêzes acelerada, tão rápida que a palavra falada ou escrita não consegue acompanhar o pensamento. Outras vêzes se nota, pelo contrário, grande morosidade no curso ideativo e entrave na marcha do pensamento. Há casos em que o doente revela grande dificuldade em destacar as idéias, que são exteriorizadas com esfôrço (viscosidade cerebral).

Na associação ideativa, por vêzes, mau grado a vontade do doente em orientar e dar sequência ao pensamento, há interceptação no curso das idéias. Estas também se podem associar de forma anárquica ou disparatada.

15. O juízo crítico. — Há doentes mentais que demonstram integral conservação do juízo crítico. Êste, em certos casos, se apresenta até mesmo exaltado. Na maioria das vêzes, contudo, há diminuição, quando não abolição, da capacidade de julgamento.

As desordens de percepção — alucinações e ilusões — bem como as idéias delirantes, comprometem sèriamente o juízo crítico, pois que levam o doente a aceitar, como verdadeiras, impressões inteiramente falsas.

Alguns psicopatas revelam perfeita conservação do juízo crítico das situações alheias, mas quando a sua própria pessoa está em jôgo são incapazes de apreciar com justeza as suas idéias e os seus átos, por mais disparatados que sejam, dada a ausência da auto-crítica.

16. Estudo da imaginação. — Dupré demonstrou a importância da patologia da imaginação, que se exalta nos mitomanos, nos indivíduos com marcada tendência para a fabulação.

Há idéias delirantes que derivam exclusivamente da própria imaginação, sem que se observe a presença de alucinações (delírio de imaginação).

Contudo, na grande maioria dos psicopatas, não há exaltação da capacidade fabulatória, mas sim pobreza e até ausência completa de imaginação, tanto creadora como reprodutiva.

17. Indagação da afetividade. — A afetividade é atingida em quasi todas as psicopatias, em particular nas manifestações esquizofrênicas. Cumpre, assim, notar si o doente se mostra indiferente, si há abolição ou perversão dos sentimentos afetivos. A afetividade se exalta toda vez que a emotividade se mostra exacerbada.

18. Estudo da vontade. — Muitos doentes conservam a integridade das faculdades psíquicas, mas são incapazes de realizar o menor esfôrço, em virtude da completa falência da vontade (abulia).

Doentes há que se mostram extremamente perseverantes, revelando vontade indomável (hiperbulia). Tanto a abulia completa, como a vontade perseverante, têm graus intermediários.

Registram-se ainda formas nas quais o doente manifesta o propósito de realizar certos átos, mas, ao executá-los, sente-se inibido (barragem).

Com frequência se observa também o fenômeno da ambivalência, em que dois sentimentos opostos se debatem, donde torturante hesitação do paciente.

19. Atos mórbidos. — Os mais variados átos, concientes ou inconcientes, instantâneos ou raciocinados, podem indicar a existência de distúrbios mentais.

Vamos apreciar rapidamente todos êsses átos, adotando, em suas linhas gerais, a divisão de MORSELLI.

O instinto de nutrição se apresenta muitas vêzes exaltado, levando o doente a se alimentar com voracidade extrema (bulimia). Outras vêzes, dá-se o contrário, surge inapetência absoluta (anorexia) ou recusa alimentar (sitofobia). Há casos de perversão do gôsto, nos quais os doentes dão preferência a substâncias não alimentícias : — terra (geofagia), ou ainda às mais repugnantes — fézes (coprofagia) etc.

O instinto de conservação é frequentemente comprometido nos doentes nervosos e mentais. Uns revelam exagerado amor à vida, acusando horror pelas doenças (nosofobia), e sobretudo pela morte (tanatofobia). Outros dão demonstrações de completo indiferentismo pela existência, praticando auto-mutilações e tentativas de suicídio.

Na esfera sexual, os mais variados distúrbios têm sido assinalados. Quando há exaltação da libido, nota-se incontinência na linguagem, gestos obscenos, atentados ao pudor exibicionismo, satiriasis, ninfomania.

A diminuição do instinto sexual se caracteriza por abolição completa da libido (anafrodisia) ou horror ao sexo opôsto (misogimia ou androfobia). As perversões sexuais (sadismo, necrofilia, masoquismo, inversão sexual, feiticismo, etc.) indicam desordens evidentes do instinto sexual.

A capacidade pragmática do doente mental é atingida com grande frequência, donde a incapacidade para a execução de qualquer serviço.

Muitos acusam diminuição na capacidade para o trabalho. Outros são desordenados, instáveis, volúveis, incapazes de realizar qualquer tarefa.

Com relação ao instinto de propriedade, ao lado dos pródigos, dos desperdiçados, se alinham os avarentos e egoístas.

Os cleptomanos e os colecionistas têm êsse instinto pervertido.

Os sentimentos afetivos e as relações com o meio social dos psicopatas apresentam uma infinidade de transtornos.

Os misantropos se isolam do meio social.

Quando desaparece o sentimento familiar, o doente empreende fugas, abandonando o domicílio, onde encontra muitas vêzes confôrto, preferindo viver em ambiente isolado e sem as comodidades da própria casa. Na vida social, o psicopata dá, a todo momento, as mais variadas demonstrações da sua falta de adaptação — negligência no vestuário, desprêzo pelas conveniências, desrespeito às mais comesinhas regras do bem viver. Na esfera dos sentimentos de justiça se registram os querelantes, os pleitistas, os caluniadores, os processivos, os simuladores de atentados, os pseudo-reformadores sociais, os religiosos os regicidas, os testadores excêntricos.

Com relativa frequência se deparam doentes que acusam distúrbios dos sentimentos religiosos, revelando desusada superstição, entregando-se à frequência exagerada das igrejas, a contínuas rezas, julgando-se inspirados pelos santos ou dominados pelos maus espíritos.

TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS

1. Métodos gerais e especiais. – 2. Isolamento. – 3. Hidroterapia. – 4. Clinoterapia. – 5. Ergoterapia. – 6. Ludoterapia. – 7. Psicoterapia. – 8. Regime alimentar. – 9. Alimentação artificial. – 10. Sedativos e hipnóticos. – 11. Vitaminoterapia. – 12. Piretoterapia. – 13. Malarioterapia. – 14. Insulinoterapia. 15. Convulsoterapia. – 16. Opoterapia.

1. Métodos gerais e especiais. — Há, presentemente, vários métodos psiquiátricos cuja aplicação varia de acôrdo com a forma clínica, a idade, as condições gerais do doente, o período da moléstia, etc. Tais métodos se dividem em gerais e especiais. Os métodos gerais são aqueles constituidos por um conjunto de processos que se aplicam na maioria das doenças mentais, tendo por objetivo proteger o doente, acalmá-lo, assegurando não só a sua proteção como também a dos que o cercam. Métodos especiais são aqueles que têm indicação precisa, isto é, que só são prescritos em certas e determinadas moléstias mentais.

2. Isolamento. — O isolamento constitue uma das primeiras exigências que se impõem quando surge um caso de alienação mental. Há sempre vantagem em se isolar o doente, afastando-o do meio em que vive para colocá-lo em ambiente estranho, preferentemente em hospital psiquiátrico, onde se possam tomar as precauções exigidas pelo seu estado e ministrar-lhe tratamento adequado. Convém lembrar, outrossim, que a presença das pessoas da família não raro exacerbam a excitação do doente, que se revolta principalmente contra aqueles, para com os quais revelavam, antes da doença, a mais dedicada afeição.

Em circunstâncias muito especiais se poderá tentar o isolamento a domicílio. Contudo, tal medida de exceção só deverá ser adotada quando existir motivo poderoso que impossibilite a remoção do doente para um hospital especializado, isso mesmo só quando o paciente não revelar tendência para a prática de átos perigosos.

Os doentes agitados, os agressivos, os destruidores, os perseguidos, os que revelam idéias de suicídio, os que recusam alimentação, devem ser, incontinente, removidos para local onde se lhes possam prodigalizar os cuidados exigidos pelo seu estado.

De acôrdo com as condições financeiras do doente ou com os recursos de que dispõe a família, o isolamento se fará em casa de saúde privada ou em hospital público. No caso de se tratar de um doente reco-

nhecidamente pobre, o médico deverá encaminhá-lo para um hospital gratuito, fazendo ver à família que o paciente será alí tão bem tratado como num estabelecimento particular. Entretanto, si o internando dispuser de recursos, não será justo que se o recolha a um estabelecimento gratuito, onde irá sobrecarregar o erário público, ocupando o lugar que poderia ser preenchido por um indigente.

3. ***Hidroterapia.*** — A hidroterapia constitue um recurso valioso no tratamento da agitação, pois que acalma o doente sem os inconvenientes dos sedativos químicos, que são sempre mais ou menos tóxicos.

a) Banhos de imersão. O banho morno (35° – 37°), de imersão, contínuo, é aquele em que é mantida a circulação permanente da água, regulada sempre numa temperatura estável por um termômetro especial. Êsse meio é um excelente sedativo, que se pode empregar nos mais variados estados de agitação. Para tanto há banheiros especiais, protegidos por uma coberta de lona, onde o paciente pode permanecer comodamente, sem conseguir levantar-se.

Antes de se mergulhar um psicopata no banho, cumpre que se tomem certas precauções afim de se prevenirem acidentes.

Uma pessoa só não deve banhar um psicopata em estado de excitação, pois não só se arrisca a sofrer uma agressão, como poderá também contundir o paciente.

Antes de se preparar um banho, deve-se deixar correr primeiramente a água quente, para depois regular a temperatura com a fria, afim de se evitarem queimaduras no paciente.

Si por acaso, no decorrer do banho, o doente se tornar muito agitado ou com a fisionomia congesta, é de boa prática a aplicação de um capacete de gêlo na cabeça e, na falta dêste, de compressas de água fria.

A média de permanência dos doentes nos banhos contínuos, quando se dispõe de aparelhamento adequado, é de 3 horas. Todavia, os doentes devem ser fiscalizados contìnuamente e, si se observar o menor incidente — estado vertiginoso, prostração profunda, náuseas ou vômitos — deve-se proceder à imediata remoção do paciente, aplicando-se, por todo o corpo, uma enérgica fricção com alcool.

E' de vantagem se conservar aquecida a sala de banho, para que o doente, ao ser retirado da água, se não resfrie.

b) Duchas. O emprêgo de duchas tem também muitas indicações no tratamento das psicopatias. As duchas mornas são as que têm maior aplicação. Entretanto, casos há em que se podem empregar, com resultados eficientes, as chamadas duchas escossesas. Estas consistem em se aplicar sôbre o doente, depois de um játo de água quente, um outro frio.

Para a aplicação das duchas, mistér se faz praticar-se anteriormente cuidadoso exame clínico do doente, porquanto são elas contraindicadas nos pacientes atacados de artério-esclerose, de hipertensão, nas afecções do aparelho circulatório, renal e nos indivíduos idosos ou extremamente debilitados.

No emprêgo das duchas, além da temperatura da água, deve-se regularizar a intensidade do jacto, que não deverá ser de pressão muito elevada.

c) FAIXAS ÚMIDAS. Em determinadas condições, sobretudo quando há falta de recursos para se aplicarem os banhos de imersão, pode-se recorrer aos invólucros molhados ou faixas úmidas. Êsse método, que tem larga aplicação na Alemanha, consiste em se envolver o doente em lençóis molhados, bem torcidos, recobrindo-o depois com numerosos cobertores. Ao fim de poucos minutos opera-se uma reação intensa, provocando em regra sudorese abundante. Os doentes podem permanecer até uma hora envolvidos nas faixas úmidas, que podem ser aplicadas por duas e três vêzes no decorrer do dia, sempre com as necessárias cautelas, submetendo-se o paciente a vigilância permanente.

d) BANHOS DE LUZ E DE VAPOR. Os banhos de luz têm indicação nos doentes calmos, sobretudo naqueles que se encontram intoxicados, nos quais se deseja provocar uma sudação abundante. Para isso se recorre a uma grande caixa contendo numerosas lâmpadas de filamentos de carvão dispostas no seu interior e com uma larga abertura na parte superior, para a passagem da cabeça do paciente. Os doentes costumam permanecer de 15 a 20 minutos nos banhos de luz.

Para os banhos de vapor há necessidade de um dispositivo especial, que consiste numa grande caixa dotada de uma tubulação perfurada no seu interior, que é ligada a uma caldeira. Registros especiais permitem regular a temperatura pelo aumento ou diminuição da quantidade de vapor que penetra nos tubos do interior da caixa.

Assim como os banhos de luz e de vapor, em muitos casos há também indicação para os banhos ultra-violeta, cuja técnica é a mesma que se adota habitualmente.

4. *Clinoterapia.* — Frequentemente os psicopatas, em virtude do seu intenso estado de excitação e da sua indisciplina, têm necessidade de se conservar acamados. A maior parte dos asilos modernos dispõe hoje de grandes salas com fiscalização contínua, dotadas de camas separadas uma das outras tanto quanto possível, nas quais os doentes permanecem com a liberdade de ler ou de executar pequenos trabalhos manuais. Nisso consiste a clinoterapia, cujos efeitos benéficos têm sido proclamados pela maioria dos psiquiatras.

Os doentes submetidos à clinoterapia devem ter permissão para realizar pequenos passeios ao ar livre, pelo menos duas vêzes ao dia, preferentemente após as refeições.

Êsse método de tratamento dá grandes resultados não só nos doentes agitados como também nos deprimidos e nos que se encontram em precárias condições gerais de saúde.

Nas psicoses infecciosas e tóxicas, sobretudo quando há febre intensa, a clinoterapia tem formal indicação.

*5. **Ergoterapia.*** — Dá-se o nome de ergoterapia, laborterapia ou praxiterapia, à terapêutica pelo trabalho. Já na antiguidade os médicos aconselhavam o trabalho para os doentes mentais, reconhecendo a sua influência benéfica sôbre as idéias delirantes. GALENO dizia: "A ocupação é o melhor médico e essencial à felicidade humana." PINEL, o grande reformador dos métodos de tratamento dos insanos, ensinava: "Poucos, muito poucos são os doentes, mesmo os que se encontram em estado de agitação, que devem ser afastados de uma ocupação ativa, porquanto um trabalho constante fixa as faculdades do entendimento, mudando-lhe a cadeia viciosa das idéias." THOMAS EDDY, um dos grandes entusiastas da ergoterapia, preconizava êsse processo em todas as afecções mentais.

Autores modernos, em particular SIMON, deram a êsse método um grande desenvolvimento, sistematizando o seu emprêgo e dando-lhe feição científica.

SIMON recomenda a organização de cinco diferentes classes de trabalho, que o doente deverá percorrer, começando pelos mais elementares, até alcançar as atividades mais complexas, que exigem o emprêgo das faculdades intelectuais, idênticas às de um indivíduo normal.

Os modernos hospitais psicopáticos dispõem presentemente de numerosas oficinas destinadas ao fabrico de diferentes artigos — cestos de vime, vassouras, escôvas, móveis, tapetes, artigos de metal, couro, argila, etc.

Entre nós, foi o Prof. FRANCO DA ROCHA quem deu grande desenvolvimento à terapêutica pelo trabalho, creando, no Hospital de Juquerí, numerosas colônias agrícolas, que foram por nós ampliadas com a creação do Serviço de Ergoterapia, onde os doentes passaram a ter, ao lado do regime da liberdade vigiada, possibilidades de trabalhar em condições adequadas ao seu estado psíquico.

Um dos primeiros cuidados a se tomar, antes de se submeter um doente mental à laborterapia, reside no conhecimento exato das condições psíquicas do paciente, para que se possa escolher uma ocupação consentânea com o seu estado. Levar-se-ão em conta o sexo, a idade, a forma mental, as idéias mórbidas predominantes, a evolução da mo-

léstia, a profissão do doente, a sua índole, as suas tendências e sobretudo o seu grau de perigosidade. Assim, não se irão favorecer a um melancólico, com idéias de suicídio, instrumentos perigosos que lhe permitam atentar contra a vida. Não se irão facultar também, a um perseguido-perseguidor, a um doente sujeito a crises impulsivas com tendência à agressividade, meios com os quais possam êles praticar átos desatinados. Por outro lado, não se deverá permitir que um doente com idéias de fuga, ou desorientado no espaço, trabalhe em lugares de onde possa evadir-se ou tomar rumo ignorado. A uma pessoa idosa não se deverá nunca confiar uma tarefa pesada e exaustiva, incompatível com as suas fôrças. A um homem de profissão liberal, habituado a trabalhos de gabinete, não se deverá, também, confiar uma tarefa superior às suas possibilidades físicas. Por outro lado, seria absurdo confiar-se uma missão exigindo certa cultura a um doente afeito apenas a trabalhos braçais. Para êstes, a melhor ocupação é a agricultura, a vida de campo e a criação de animais. A vida sã, o ar puro, a alimentação sadia, o exercício muscular, a exposição aos raios solares, a transpiração, concorrem frequentemente para entreter uma boa saúde física e o restabelecimento do equilíbrio psíquico. Os que não podem, por qualquer circunstância, ser aproveitados em ocupações ao ar livre, devem ser encaminhados para as oficinas — carpintaria, sapataria, tipografia, encadernação, colchoaria, — e mesmo ocupados nos serviços de limpeza dos pavilhões. Isto, é bem de ver, quando se tratar de asilos públicos, onde é justo que os doentes contribuam com o seu trabalho para aliviar as despesas feitas com a sua manutenção. Nos hospitais privados os doentes poderão ocupar-se em trabalhos manuais, sem objetivo industrial.

Para as mulheres, os trabalhos mais adequados são aqueles com os quais estão elas mais familiarizadas — serviços domésticos, limpeza, trabalhos de agulha, etc.

6. ***Ludoterapia.*** — A ludoterapia é representada por jogos esportivos, ginástica ritmada, pela música e outros entretenimentos. Êsse método terapêutico exerce ação benéfica sôbre a saúde física do doente, com a vantagem de distraí-lo e permitir-lhe uma melhor disciplina mental. Para o seu emprêgo dispõem os frenocômios modernos de campos de esporte, de ginasiuns, aparelhos de rádio e de cinematografia, salas de leitura e de música, bibliotecas, jornais ilustrados, tudo enfim que possa contribuir para suavisar a vida, distrair o espírito e dar ao doente a impressão da vida extra-hospitalar.

7. ***Psicoterapia.*** — A psicoterapia é uma das armas mais poderosas e eficientes nas mãos de um médico habil e experimentado. O seu emprêgo visa levantar as energias psíquicas dos doentes deprimidos, corrigir com habilidade e paciência as concepções mórbidas dos doentes

delirantes, reeducar o doente, animando-o, encorajando-o, dando-lhe apôio moral, auxiliado a raciocinar quando o seu espírito se debate entre a realidade e as suas idéias delirantes. Só o convívio com os doentes mentais, a experiência e o bom senso permitem a um médico tirar todos os benefícios mercê dos múltiplos e eficientes resultados proporcionados pela psicoterapia, cujos métodos são descritos em obras especializadas.

8. ***Regime alimentar.*** — Habitualmente, o psicopata que não apresenta doenças intercorrentes não tem necessidade de um regime alimentar muito severo. Deve-se procurar proporcionar-lhe uma boa alimentação, rica em vitaminas e em calorias, buscando-se manter em boas condições o estado de saúde física. Os doentes enfraquecidos, os confusos debilitados por uma doença infecciosa, têm com frequência necessidade de superalimentação, o que se alcança proporcionando-lhes quantidade apreciável de leite, manteiga, ovos, etc., isto é, dos chamados alimentos protetores. Outras vêzes, impõe-se um regime alimentar cuidadoso, o que se dá nas psicoses inerentes aos estados toxêmicos.

Nestes últimos anos têm-se adotado no tratamento dos epiléticos, com resultados satisfatórios na maioria dos casos, o chamado regime cetogênico. Êste regime consiste na diminuição progressiva dos açúcares e dos hidrocarbonados, instituindo-se uma alimentação tendo por base sobretudo substâncias proteicas, visando provocar-se a acidose.

Os doentes que apresentam distúrbios do metabolismo orgânico devem ser, é evidente, sujeitos a uma alimentação tendo por fim corrigir êsse desequilíbrio. Assim, evitar-se-ão os alimentos azotados toda vez que se apurar a existência de um aumento da taxa de uréia no sangue. Deve-se abolir o uso dos açúcares e dos farináceos nos doentes apresentando glicosúria ou hiperglicemia.

9. ***Alimentação artificial.*** — A alimentação artificial, ou alimentação forçada, também denominada *gavage* pelos autores franceses, consiste na introdução no estômago, por meio de uma sonda, de substâncias alimentícias. Toda vez que um doente mental se recusar a comer por mais de vinte e quatro horas, não obstante toda a insistência e meios suasórios capazes de demovê-lo do seu propósito de se manter em jejum, impõe-se a alimentação artificial por meio da sonda esofagiana. A sonda utilizada para êsse fim deve ter um comprimento mínimo de 50 centímetros, variando a sua largura de 6 a 10 milímetros. Em regra, introduz-se a sonda através de uma das narinas, o que se faz depois de ter sido ela fervida e untada com glicerina. Podem-se adotar duas posições diferentes: ou o doente permanece sentado, com a cabeça inclinada para a frente, ou então, o que é preferível, sobretudo quando o doente reage contra a alimentação artificial, deitado de costas, com a cabeça um pouco mais alta do que o corpo. A sonda deve ser intro-

duzida com cuidado e não se deve forçar qualquer resistência que se depare no seu trânsito. Aproveitam-se os momentos em que o doente deglute para fazer penetrar a sonda. E' de vantagem, por isso, fazer com que o doente ingira um pouco de água ministrada pela boca, enquanto se introduz a sonda. Isso quando a reação do mesmo fôr extrema, logrando desviar o trajeto da sonda contraindo os músculos faringeos.

E' necessário, depois de ter introduzido 50 centímetros da sonda, apurar-se com segurança se a mesma não se encontra nas vias aéreas. O fáto do doente falar com desembaraço é indício certo de que a sonda se encontra em via certa.

Pode-se também verificar si a extremidade da sonda atingiu o estômago, adaptando-se uma pera na extremidade oposta e fazendo-se penetrar certa quantidade de ar no interior da cavidade, aplicando-se o ouvido na parede abdominal. Ouve-se, então um ruido característico produzido pela penetração de ar no estômago. Inicia-se ao depois a segunda fase da operação, derramando a princípio pequena quantidade de água no funil colocado na extremidade da sonda. Verificado o escoamento fácil da água, introduzem-se os alimentos, que devem ser líquidos e que consistem em leite, ovos, caldo de carne, de galinha e de verduras, manteiga fresca, extrátos de malte, extrátos de cenoura e de tomates, tônicos, etc. Deve-se ter antes o cuidado de passar os alimentos através de um tamiz para evitar os grumos que iriam obstruir a sonda. Terminada a operação, há necessidade de se aguardarem alguns segundos para o escoamento completo do líquido retido na sonda, apertando-a depois fortemente com os dedos e retirando-a, rápida mas delicadamente, para impedir a queda de partículas de alimento nas vias respiratórias, acidente sempre a se temer em virtude das pneumonias séticas que pode provocar.

10. Sedativos e hipnóticos. — Muito embora deva o médico procurar obter de preferência sedação por meios físicos, frequentemente fica êle na contingência de recorrer também a sedativos químicos para acalmar os doentes, sobretudo quando muito excitados.

Há hoje uma infinidade de preparados prescritos no tratamento da agitação e da insônia.

Os doentes que se mostram atacados de excitação psico-motora e que não dormem têm o seu estado somático e psíquico agravado dentro de pouco tempo, exigindo terapêutica adequada.

Na administração destinada a combater tais estados devemos levar em conta a causa dos sintomas observados: infecciosa, auto ou hetero-tóxica, circulatória, insônia condicionada por idéias delirantes, etc.

a) Os BROMETOS. Os brometos têm sido preconizados como excelentes sedativos no tratamento da agitação. Hoje já não gozam de

tanta preferência. Dêles, o mais usado é o brometo de potássio, que se administra habitualmente na dose de 2 a 4 gramas por dia, só ou associado a outros medicamentos. O brometo de sódio é também frequentemente utilizado, não sendo, todavia, tão ativo quanto o de potássio, embora melhor tolerado. Êste é usado na dose de 5 a 8 gramas por dia. De ação mais pronta, porém de menor duração, é o brometo de amônio, usado na mesma dose do brometo de sódio. Devemos lembrar, ainda, os brometos de estrôncio, de lítio e de cânfora, êste último empregado com frequência nos estados de excitação sexual. Os sais de bromo não podem ser usados por muito tempo, nem em doses muito elevadas, porquanto acarretam fenômenos tóxicos caracterizados por acne, aumento da secreção das mucosas das vias respiratórias e distúrbios das vias digestivas. A êsse quadro denomina-se *bromismo* e, uma vez instalado, deve-se suspender o emprêgo dos brometos, substituindo-os por outros sedativos.

O bromo era antigamente utilizado em larga escala no tratamento da epilepsia. Entretanto, os doentes que faziam uso prolongado dêsse medicamento não tardavam a apresentar desordens da memória e queda do nível intelectual, razão pela qual tem sido substituído pelos barbitúricos e carbamidas.

b) Os ALDEÍDOS. Entre os aldeídos, em regra empregados, figuram o cloral e o paraldeído.

O cloral é ainda hoje considerado um hipnótico de grande eficiência, eliminando-se facilmente e sendo bem tolerado pela maioria dos doentes. Muitos autores o contraindicam nas afecções cardíacas, nos estados de hipertensão, embora essa opinião não seja compartilhada por todos. O sono por êle produzido é calmo e profundo durante 1 hora com 0,75 centgrs., 3 horas com 2 gramas, 10 horas com 5 gramas, segundo LOEPER.

O paraldeído, geralmente empregado na dose de 1 a 2 gramas, tem sido abandonado nestes últimos tempos, sobretudo pelo fáto de provocar mau hálito e gôsto desagradável.

No grupo dos aldeídos figura a uretana acetilada "Sedormid". A adalina é também um derivado dêste grupo.

Êsses medicamentos são de toxidez relativamente reduzida e têm indicação sobretudo nas insônias provocadas por dores intensas, dada a sua ação analgésica.

c) Os BARBITÚRICOS. Os barbitúricos têm hoje larga aplicação em terapêutica. Dentre êles o mais usado é o luminal, gardenal ou feniletilmaloniluréia, cuja dose oscila em regra de 10 a 30 centigrs. Nesta série figuram ainda numerosos outros preparados, entre os quais o Soneril, o Dial, o Rutonal, o Amital, o Soniféne, o Pernocton, etc.

E' bem de ver, contudo, que tais medicamentos, embora de grande valor terapêutico, não deixam de ter ação tóxica, razão pela qual o seu emprêgo deve ser sempre feito com grande prudência.

LOEPER reproduz o quadro de ZUNZ, estabelecendo a relação do valor narcótico com o valor tóxico.

Essa tabela é a seguinte :

HIPNÓTICOS	VALOR NARCÓTICO	VALOR TÓXICO	PERCENTAGEM
Rutonal	0,72	1,23	0,5 %
Veronal	1	1	1
Ipral	2,76	2,69	1,03
Gardenal	2,83	3,68	0,76
Dial	4	3,3	1,21
Fanodórmio	5,11	4,99	1,02
Soneril	5,90	4,4	1,34
Amital	7,35	6,6	1,11

Os doentes que apresentam um estado tóxico ocasionado pelos barbitúricos acusam um quadro representado por : erupções cutâneas, inflamação das vias respiratórias, desordens no equilíbrio, disartria e sono que se pode prolongar por dias seguidos. Denomina-se a êsse conjunto de sintomas — *barbiturismo.*

O antídoto recomendado com grande sucesso no tratamento da intoxicação pelos barbitúricos é a estricnina, que se emprega na dose diária de 5 a 10 miligramas, conforme o grau da intoxicação.

Convém lembrar que certos indivíduos de constituição toxicófila, sobretudo os morfinômanos e cocainômanos, quando não conseguem obter os tóxicos a que estão habituados, recorrem aos barbitúricos, razão pela qual na maioria dos países as autoridades sanitárias não permitem a sua venda sem receita médica.

Há também no comércio soluções de derivados barbitúricos, que se empregam por via hipodérmica : Luminal solúvel, Sonifene, Pernocton, etc., cuja ação é mais rápida e eficaz.

d) Os OPIÁCEOS. O ópio não é pròpriamente um hipnótico, embora atue como tal, mitigando as dores e abrandando a ansiedade e o estado

angustioso. E' o ópio usado em pó, na dose de 5 a 10 centigrs. por dia, em solução na dose de 1 a 5 gramas, no máximo, por dia.

Sob o nome de laudano de Sydenham designa-se a tintura de ópio associada ao açafrão, cravo e canela. O laudano de Sydenham, que contém 1% de morfina, é usado na dose máxima de 1 a 5 gramas por dia.

O ópio foi muito empregado e ainda é recomendado por muitos autores no tratamento dos síndromos melancólicos.

Na melancolia ansiosa costuma-se receitar o laudano de Sydenham na dose de X gotas diariamente, aumentando-se I gota por dia até atingir L – LX gôtas, conforme o grau de tolerância e as condições gerais do doente. O seu maior inconveniente é a obstipação intestinal que acarreta.

Dentre os alcalóides do ópio, um dos mais utilizados é a morfina, empregada na dose de 1 a 3 centigrs. por dia, em injeções hipodérmicas, para acalmar as dores violentas e para combater os estados de grande excitação. Todavia, é um medicamento que necessita ser manejado com grande cuidado, em virtude de muitos indivíduos contraírem o seu hábito. Iguais precauções exigem os demais derivados do ópio — a heroína, a codeína, etc. — bem como os outros preparados em que figuram os seus alcalóides, isolados ou associados a outros medicamentos — Pantopon, Sedol, Trivalerina, etc.

e) A HIOSCINA. A hioscina, ou escopolamina, é um alcalóide da *scopolia japonica*, usado sob a forma de bromidrato, que tem um grande efeito sedativo, sobretudo nos casos de agitação violenta, mas que não deixa de ser um medicamento que exige grandes precauções na sua administração, dada a sua elevada toxidez, empregando-se habitualmente na dose de meio miligrama, em regra associada à morfina.

f) SEDATIVOS VEGETAIS. De ação menos eficiente, mas também menos tóxica, são os extrátos fluidos, entre os quais os mais utilizados são : o de valeriana, de passiflora, de símulo, de balota, de craetegus oxiacanta, que entram na composição de numerosos preparados nacionais e estrangeiros existentes hoje no comércio : Passiflorina, Maracugina, Sedosina, Euphytose, Sedafon, Simuval, Florategus, etc.

11. Vitaminoterapia. — As vitaminas têm inúmeras aplicações no tratamento das moléstias do sistema nervoso. Assim, BLOCH demonstrou que as crianças atacadas de xeroftalmia apresentavam um estado de grande indolência. Numerosos outros autores demonstraram experimentalmente processos degenerativos das células e das fibras nervosas em virtude da carência de vitamina A.

A vitamina B, sobretudo a vitamina B_1, tem, como é sabido, sua ação principal sôbre a substância cerebral, mostrando, ao demais, grande afinidade para os nervos sensitivos. Tem ela hoje grande emprêgo em

patologia nervosa e mental, principalmente nos síndromos mentais que se acompanham de polinevrite, nos síndromos neuropsicoanêmicos, nos estados confusionais e em geral nas afecções orgânicas do sistema nervoso — paralisia geral, demência senil, síndromos vasculares, etc.

A vitamina C tem, por sua vez, não poucas aplicações em neuropatologia. Em todas as desordens do sistema nervoso, provocadas por agentes infecciosos e por alterações do metabolismo, nas que se acompanham de afecções cutâneas, a vitamina C é prescrita com vantagem.

A vitamina D, antirraquítica que é, deve ser recomendada no tratamento das crianças apresentando transtornos nervosos associados ao raquitismo e nos débeis mentais com distúrbios do crescimento.

12. ***Piretoterapia.*** — A piretoterapia consiste no emprêgo de substâncias capazes de provocar um choque coloidoclásico e consequente estado febril. Há vários processos para se conseguir êsse objetivo: quimioterapia (nucleinato de sódio, terebentina, enxofre, metais coloidais, etc.); proteinoterapia (leite, peptona, etc.); vacinoterapia (tuberculina, vacina antitífica, vacina contra o cancro mole de NICOLLE, PIRIFER, etc.); bacterioterapia (Saprovitan); nosoterapia (malária, febre recurrente, etc.); e ainda a fisioterapia (banhos quentes, diatermia, ondas curtas).

A piretoterapia tem sido recomendada em várias afecções mentais, particularmente na paralisia geral, na sífilis cerebral, na psicose maníaco-depressiva, nos estados ansiosos das mais variadas origens, na esquizofrenia e até mesmo nos estados demenciais.

Entre os principais processos hoje mais vulgarizados destaca-se a vacina anticancerosa de NICOLLE (Dmelcos, Piraducrey, etc.).

Em 1927, SICARD propôs, no tratamento da paralisia geral, a substituição da malarioterapia pelas injeções de Dmelcos, as quais, segundo aquele autor, teriam a vantagem de provocar o choque térmico sem expôr o doente aos perigos de correntes de uma doença infecciosa. Recorreram, para isso, à vacina contra o cancro mole de NICOLLE, conhecida sob o nome de Dmelcos. Esta permite que se provoquem acessos febrís de 38 a 40 graus, conforme a dose injetada pela via intravenosa. Em regra são necessários de 6 a 12 choques para se auferirem resultados satisfatórios.

A vacina Dmelcos é encontrada no comércio em caixas de 6 ampôlas, em doses crescentes, contendo, emulsionados em sôro fisiológico fenicado e fluorurado, de 225 a 675 milhões de bacilos. Injeta-se por via intravenosa meio c.c. e vai-se aumentando de meio a 1 c.c., conforme as reações observadas, até se atingirem 4 c.c., tendo-se o cuidado de se praticar a injeção pela manhã, com o doente em jejum, guardando-se um intervalo de 3 a 4 dias entre cada dose. 3 ou 4 horas após a introdução do Dmelcos na veia do paciente registra-se uma reação que se

caracteriza inicialmente por calefrios, mal estar, estado levemente nauseoso, ligeira cefaléia, seguindo-se logo a elevação febril, que atinge a 39 – 40 graus durante 4 a 5 horas. Após uma crise sudoral abundante tem início a queda da temperatura, registrando-se por vêzes leve hipotermia.

Outro processo piretoterápico assaz difundido é a sulfurpiretoterapia. Foi KNOUD SCHROEDER, de Copenhague, quem, em 1927, recomendou o óleo sulfurado a 1%, em doses que variam de 1 a 8 c.c., injetadas por via intramuscular, com o objetivo de determinar uma reação febril.

As injeções de óleo sulfurado devem ser feitas de 4 em 4 dias, aplicadas na massa muscular dos glúteos, iniciando-se com 1 c.c. e aumentando-se progressivamente essa quantidade de acôrdo com a elevação febril observada.

Há hoje no comércio vários preparados sulfurados destinados à piretoterapia : Sulfosin, Sulfurpiretógeno, Pirofon, etc.

13. Malarioterapia. — Os médicos da antiguidade já se haviam referido ao efeito benéfico das febres palustres sôbre algumas psicoses. Entretanto, só em 1917 é que WAGNER-JAUREGG começou a empregar sistemàticamente a malarioterapia no tratamento da paralisia geral.

A introdução dêsse novo método na terapêutica da paralisia geral foi considerada um dos maiores adventos da psiquiatria e valeu mesmo a WAGNER-JAUREGG o prêmio Nobel de medicina.

A técnica da inoculação do impaludismo não oferece maiores dificuldades. Identificado o hematozoário a ser inoculado, que deve ser o plasmodium vivax, causador da terçã benigna, retiram-se, de preferência durante o acesso febril, de 3 a 8 cc. de sangue da veia do doador e injetam-se na região glútea do doente em que se quer provocar o paludismo.

GERSTMANN aconselha que se procure, ao injetar o sangue infestado, reproduzir, tanto quanto possível, a picada do mosquito, o que se consegue mergulhando a agulha perpendicularmente no tecido muscular e, à medida que se o injeta, vai-se retirando vagarosamente a agulha, de forma a se lançar o sangue contaminado nos diversos planos musculares e no tecido celular subcutâneo. Aconselha ainda aquele autor que se imprimam à agulha, quando mergulhada nos tecidos, movimentos em vários sentidos, de maneira a provocar pequenas rupturas vasculares, o que torna a inoculação mais segura.

Segundo temos verificado entre nós, alguns doentes, particularmente os da raça negra e os de origem árabe, são assaz refractários ao paludismo artificial. Em tais casos, pode-se recorrer à via endovenosa, tendo-se prèviamente o cuidado de verificar o tipo sanguíneo do doador e do receptor.

Inoculado o doente, num período que oscila entre 5 e 10 dias, surgem os acessos febrís. Quando êstes tardam, pode-se acelerar o seu aparecimento ministrando-se ao doente uma injeção de substância piretógena — Dmelcos, Sulfurpiretógeno, Protinjetol, etc.

A evolução do impaludismo artificial no paralítico geral é, via de regra, atípica, não se observando curvas de temperatura muito regulares.

Quando não surja qualquer contraindicação, não se deve intervir senão depois de se terem registrado de 10 a 12 acessos febrís.

Nos indivíduos jovens e nos de idade madura não apresentando lesões graves dos órgãos essenciais à vida, o paludismo é quasi sempre bem tolerado. Entretanto, casos há em que surgem complicações: sinais de insuficiência cardíaca ou hepática, aumento exagerado do volume do baço — que impõem intervenção pronta do médico.

Comumente, um grama diário de bisulfato de quinino, durante 5 dias seguidos, debela a malária artificial. Quando não, há o recurso da Plasmoquina, simples ou composta, da Atebrina, do azul de metileno associado ao quinino e, finalmente, dos arsenicais (914).

Quando a malária inoculada sobrevem com acessos de temperatura muito elevada, pode-se atenuar a sua intensidade administrando-se pequenas doses de quinino.

Toda vez que o doente esteja muito debilitado, pode-se empregar a malária em dois tempos, isto é, fazendo-se cessar a febre após 3 ou 4 acessos e procedendo-se à reinoculação depois de 30 a 40 dias.

As principais contraindicações da malarioterapia residem na tuberculose, nas lesões valvulares graves do coração, nos portadores de focos supurativos, nos obesos e nos caquéticos.

Após o emprêgo da malarioterapia impõe-se uma medicação específica, para o que se recorre habitualmente à associação bismuto-arsenical.

Já não é mais objeto de discussão, nos dias que correm, a eficiência da malarioterapia no tratamento da paralisia geral e das demais formas de sífilis cerebral.

A malarioterapia tem sido tentada na terapêutica de outras psicopatias, não ocasionadas pela lues. Entretanto, os seus resultados nessas afecções não têm sido animadores.

Ao lado da malarioterapia tentou-se também utilizar outras infecções com o objetivo de substituí-la. Mas o emprêgo da febre recurrente, do Sodoku, foi depois abandonado por se tratar de infecções ainda mais graves, sem nenhum benefício para os doentes.

14. ***Insulinoterapia.*** — Um dos métodos terapêuticos de maior repercussão nestes últimos anos, em todos os centros psiquiátricos do mundo, foi indiscutivelmente a insulinoterapia, preconizada por MANFREDO SAKEL, médico vienense, no tratamento da esquizofrenia.

Consiste tal processo na aplicação, por via hipodérmica, de doses crescentes de insulina até se obter o coma hipoglicêmico. O seu emprêgo exige, todavia, uma série de cautelas, razão pela qual o método só pode ser aplicado em hospital apropriado, por um pessoal técnico experimentado. Além disso, é indispensável proceder-se prèviamente a cuidadoso exame físico do paciente, e sempre que possível ao eletrocardiograma e à curva glicêmica. A existência de sinais incontestes de insuficiência cardíaca constitue contraindicação formal dêsse processo terapêutico. Outras vêzes, os exames praticados não oferecem elementos que contraindiquem a sua aplicação. Entretanto, logo após as primeiras injeções ocorrem sinais indicativos de intolerância do paciente, razão por que se devem cercar os doentes submetidos a êsse tratamento dos mais rigorosos cuidados e constante vigilância.

a) Técnica. A insulinoterapia, como já foi dito, só deverá ser empregada em doentes hospitalizados, sendo de vantagem reunir numa só enfermaria os que estiverem em tratamento. Enquanto os pacientes se encontrarem em estado de coma, deles não deverá o médico afastar-se. Ademais, deverá êste ter ao seu alcance soluções açucaradas, sondas esofagianas, ampolas de sôro glicosado simples e hipertônico, de adrenalina, de cardiotônicos, de luminal solúvel, além de abridores de boca, pinças para tração da língua, seringas e agulhas esterilizadas, balões de oxigênio, etc.

Primeira fase. Os doentes devem ser separados em dois grupos, de acôrdo com a fase de tratamento em que se encontram. Inicia-se a terapêutica por uma dose inicial de insulina correspondente a 10 unidades, dose essa que, em regra, não determina a menor reação. Vão-se, em seguida, aumentando diariamente, de acôrdo com a resistência do doente, de 5 a 10 unidades, até que se verifique o aparecimento de sinais que prenunciem o coma : sudorese mais ou menos abundante, desordens cenestésicas, estado vertiginoso, sensações várias que os doentes traduzem pelas expressões "vasio no estômago", "tonturas", "garganta sêca", "mal estar indefinido", "sensação de desfalecimento". Nessa fase registra-se, com relativa frequência, uma aceleração do pulso, que ao fim de alguns minutos retoma o seu ritmo normal. Habitualmente se nota leve hipotermia, maximé nos casos em que há acentuada sudorese (choque úmido). Muitos doentes apresentam leve estado de excitação psico-motora durante a primeira fase. Outros são tomados de violenta agitação, o que é, todavia, mais raro. Nesta primeira fase, ao fim da terceira hora após a aplicação da insulina, proporciona-se ao doente uma alimentação que consiste em café com leite bastante açucarado e pão com manteiga, alimentos êsses que os pacientes ingerem com desusada avidez. Alguns minutos após a ingestão de alimentos açucarados e hidrocarbonados, a maioria dos doentes se sente perfeitamente

bem. Outros, porém, continuam a acusar, por horas consecutivas, leve estado vertiginoso.

Prosseguindo no aumento progressivo das doses, nos dias subsequentes observa-se um período intermediário entre a primeira e a segunda fases, caracterizado pelo aparecimento dos mais variados fenômenos conforme os doentes e, não raro, diversos num mesmo paciente, em dias diferentes. Tais fenômenos se caracterizam por : sonolência, movimentação involuntária lembrando tanto a atetose como a coréia ; outras vêzes há esbôço de convulsões, contraturas, distensão dos membros, assumindo os doentes posições semelhantes às consignadas na rigidez descerebrada. A movimentação dos músculos faciais é quasi sempre intensa, donde torsão da boca e trejeitos da face. A salivação vai, nesse período, aumentando progressivamente. Há doentes que exprimem sofrimento, emitindo gemidos. Os reflexos tendinosos vão diminuindo à medida que o tonus muscular se vai enfraquecendo, e assim, pouco a pouco, se instala o estado de coma, o qual, quando registrado pela primeira vez, deve ser logo interrompido, marcando o período final da primeira fase, cuja duração vai em média de 15 a 20 dias.

SEGUNDA FASE. Terminada a primeira fase, devem os doentes permanecer em repouso pelo espaço de 8 a 10 dias, reiniciando-se ao depois o tratamento. Em geral, começa-se a segunda fase ministrando-se ao doente uma quantidade de insulina um pouco inferior (15 a 20 unidades) à última dose aplicada no fim da primeira fase. Vão se aumentando progressivamente, nos dias seguintes, as doses, até se obter o estado de coma, o que, em regra, varia em tôrno de 70 a 80 unidades. Doentes há que não necessitam de dose maior do que aquela que foi precisa para a obtenção do primeiro coma. Outros, porém, vão se tornando mais resistentes, sendo necessário aumentar-se progressivamente a quantidade de insulina administrada, o que se deve fazer com grandes cautelas, de 5 em 5 unidades.

Casos há em que, ao invés de se mostrar cada vez mais resistente, o doente mostra-se mais sensível, exigindo uma diminuição progressiva da dose que provocou o primeiro coma.

Como há doentes que com apenas 25 unidades já caem em coma, há outros em que são necessárias até 250 unidades e, ainda assim, o estado comatoso observado não é completo.

Conforme o caso, o estado de coma surge uma a duas horas após a aplicação da insulina. Instalado o coma hipoglicêmico, o que se consigna pela incapacidade do doente reagir aos estímulos exteriores, pelo relaxamento muscular e pelo estado de inconciência, o médico não deve abandonar a cabeceira do paciente, observando cuidadosamente o evoluir do coma, tateando o pulso e notando o ritmo respiratório. A queda do pulso, tanto em frequência como em intensidade, o registro de arritmias, assim como o aparecimento de desordens respiratórias,

indicam a necessidade de se intervir, administrando-se açúcar ao doente para se restabelecer a taxa glicêmica.

A manifestação de crises convulsivas tem dado lugar às mais variadas interpretações. Muitos autores afirmam que os mais belos resultados obtidos com o método de SAKEL foram verificados nos casos em que surgiram convulsões durante o coma. Êsse fáto levou alguns autores a ensaiarem injeções endovenosas de cardiazol na fase comatosa, visando desencadear a crise convulsiva quando a mesma não se declara espontaneamente. Aplicar-se-iam, assim, a um tempo, os métodos de SAKEL e de VON MEDUNA. Não somos partidários dessa prática e consideramos mesmo o aparecimento de crises convulsivas como índice desfavorável, indicando mesmo a necessidade de se impedir o prosseguimento do coma.

Como medida preventiva, nos doentes com tendência a crises convulsivas pode-se administrar, meia hora antes de iniciar o tratamento, uma pequena dose de luminal (0,10 centgrs.). Procedemos dessa forma porque temos a impressão de que as crises convulsivas em nada favorecem o método de SAKEL e oferecem menos perigos, pois que, sobrevindo repetidamente, podem dar lugar ao estado de mal. Ao demais, depois das crises convulsivas provocadas pela insulinoterapia, notam-se sequelas neurológicas fugazes — disartria, hemiparesia, distúrbios cerebelares, sinais de irritação das vias piramidais — indicativos de sérios comprometimentos dos centros nervosos.

A duração dos comas deve oscilar de 15 minutos até o máximo de uma hora, conquanto alguns autores, mais ousados, entendam que êste período possa ser ultrapassado.

SAKEL recomenda se empreguem bebidas fortemente açucaradas, introduzidas no estômago por meio de uma sonda, para interromper o estado de coma. Contudo, a entubação estomacal não deixa de oferecer os seus inconvenientes: necessidade de pessoal mais numeroso; irritação do conduto nasal após várias sondagens; perigo da introdução de pequenas quantidades da solução açucarada nas vias respiratórias numa fase em que os reflexos se encontram diminuídos; demora na interrupção do coma. Tal fáto tem levado a maioria dos autores a dar preferência às injeções de glicose hipertônica, solução a 50%, aplicada por via intravenosa, na dose de 10 a 20 c.c. Temos empregado largamente êste processo sem haver registrado o menor inconveniente.

A interrupção do coma se dá prontamente após a injeção. Os doentes começam logo a se movimentar, a reagir às excitações externas, abrindo os olhos, bocejando e procurando orientar-se no meio.

Há casos, conquanto raros, em que os pacientes saem do estado de coma sem que se faça necessário administrar-lhes glicose por qualquer das vias.

Quando os doentes, após a injeção de glicose, dão demonstração de se encontrarem já despertos, costumamos dar-lhes uma papa feita

de café com leite e pão, bastante açucarada. Nesse período, o paciente não logra, por vêzes, siquer tomar o alimento por suas próprias mãos, tal o estado de lassidão em que se encontra, sendo necessária a intervenção do pessoal de enfermagem.

A alimentação deverá ser dada em quantidades pequenas, colocando-se o paciente em posição sentada, apoiado sôbre travesseiros.

Os acessos de tosse, com eliminação de partículas alimentares pelas fossas nasais, denunciam os perigos de se introduzirem alimentos nos brônquios. Nesse caso, será preferível substituir-se a papa por soluções aquosas de açúcar até que o doente consiga deglutir com maior facilidade.

Muitos doentes, após a interrupção do coma mercê das injeções de glicose, não acusam o mau estar observado quando o choque hipoglicêmico é atalhado pela introdução de líquidos açucarados no estômago.

Relativamente ao número de comas necessários para o restabelecimento do doente, deverá variar de acôrdo com as condições físicas e psíquicas de cada um. Em regra, observam-se melhoras apreciáveis antes do 15.º choque, variando entre 20 e 30 o número indispensável para se obter uma remissão completa.

ACIDENTES. Já nos referimos ràpidamente à frequência com que se nos deparam bradicardias no decurso do choque hipoglicêmico. Algumas vêzes, entretanto, nota-se o inverso, isto é, o aparecimento de taquicardias, si bem que êste fenômeno seja menos frequente.

Muito embora uma bradicardia discreta seja por assim dizer ocorrência quasi normal no choque hipoglicêmico, cumpre ter o maior cuidado quando a mesma se manifestar logo após a aplicação de insulina antes da fase comatosa. Em tais casos, é de bom conselho recorrer-se prontamente aos cardiotônicos, de preferência à digitalis, afim de se evitar o agravamento da bradicardia com a instalação do coma.

Nos casos em que surge taquicardia, a esta se seguem períodos de oscilações no ritmo cardíaco, que depois se normaliza quando o doente entra em coma.

Observa-se, não raro, aceleração do pulso, que atinge até 140 e 160 batimentos por minuto, registrando-se já casos em que o tratamento teve que ser interrompido, tal a intensidade da taquicardia.

Muito embora a ocorrência de arritmias no decurso do tratamento seja um fenômeno que exige cuidado, o seu aparecimento não constitue contraindicação nos doentes de eletrocardiograma normal.

As desordens respiratórias, caracterizadas tanto por dispnéias como por taquipnéias, têm sido descritas. Entretanto, nos doentes por nós tratados, com exceção de um, jamais observámos transtornos respiratórios que nos obrigassem a suspender o tratamento.

O Prof. CLAUDE recomenda, quando há pausas respiratórias prolongadas e coloração cianótica dos tegumentos no decurso do coma,

não só a sua interrupção como também o emprêgo de injeções de adrenalina e de lobelina fraca no caso da persistência daqueles fenômenos.

Entre os distúrbios motores, os registrados habitualmente são do tipo coréico, atetósico e mioclônico, que se observam em quasi todos os doentes submetidos à insulinoterapia, movimentos êsses que se localizam sobretudo nas extremidades dos membros.

Desordens na movimentação ocular foram notadas em vários doentes, caracterizando-se por nistagmo, estrabismo frusto, sendo que certos pacientes se queixam de diplopia logo após terem saído do coma.

As crises convulsivas típicas não são excepcionais no coma hipoglicêmico e a sua interpretação tem dado lugar a não poucos debates. Uns entendem, como já vimos, que a sua manifestação é benéfica, tanto assim que chegam a propor, quando as mesmas não surgem espontaneamente, a sua provocação, recorrendo-se ao cardiazol. Outros acreditam que o aparecimento de convulsões é um acidente a se temer, razão pela qual buscam impedir a sua manifestação, ministrando aos doentes pequenas doses de luminal antes da injeção de insulina. Nós nos filiamos a esta última corrente, porquanto notamos que os doentes que haviam apresentado convulsões no decurso do coma, nem por isso beneficiaram mais do tratamento, além de se queixarem, durante o dia, de cefaléia, de estado nauseoso, vertigens, dores erráticas, inapetência, preferindo ficar acamados.

A incidência de vômitos têm sido registrada em alguns casos e o seu aparecimento, antes da instalação do coma, impõe a interrupção do tratamento pela administração de glicose na veia.

Um tratamento preparatório pela opoterapia hepática, o emprêgo de laxativos brandos e o aumento do número de unidades de insulina subindo lentamente, corrigem em geral essa tendência.

A agitação psico-motora não constitue raridade no período final do coma. Si muitos doentes despertam silenciosamente, outros se tornam desde logo agitados, tanto da esfera motora como psíquica, predominando ora uma ora outra forma.

Certos pacientes despertam em estado de euforia, durante o qual se nota logorréia intensa, labilidade de humor, tendência à jocosidade, apresentando um quadro comparável ao que se nota na primeira fase do alcoolismo.

Outros, pelo contrário, após a fase comatosa, se mostram extremamente coléricos, raivosos, rixentos, proferindo impropérios e tentando agredir os que dêle se acercam. Essa agitação vai ao auge em alguns casos, levando o doente a intensa e desordenada movimentação, durante a qual se debate incessantemente, exigindo várias pessoas para contê-lo. Isso levou SAKEL a aconselhar a proteção dos leitos dos doentes em coma insulínico com redes de corda, o que vimos empre-

gado na Clínica do Prof. PÖTZEL, em Viena. Essa fase de agitação tanto pode surgir no período pré como no post-comatoso.

Na grande maioria dos casos, uma hora após o desaparecimento do coma o doente retorna ao estado mental anterior.

Convém notar, entretanto, o fáto da reinstalação do coma no decorrer do dia, o que não é muito frequente, mas que obriga a manter os doentes em tratamento sob rigorosa vigilância. Foi êsse fáto que levou SAKEL a propor uma só injeção de insulina diária e praticada pela manhã, para se evitar o perigo da reincidência do coma durante o sono, passando mesmo desapercebido e daí a possibilidade de acidentes.

O coma protraído é um acidente que não deixa de causar grandes apreensões, sobretudo quando o mesmo persiste não obstante o emprêgo dos meios adequados para combatê-lo.

Assim, si após as injeções de glicose o doente permanecer mergulhado em coma, devemos recorrer às injeções intravenosas de vitamina C, à introdução no estômago de soluções açucaradas e aos cardiotônicos.

Há casos em que a protelação do coma tem longa duração, alcançando até 30 horas.

A tendência ao coma protelado exige a verificação exata da taxa glicêmica e indica a existência de um desequilíbrio dos centros reguladores do metabolismo dos glicídios e portanto contraindicação formal ao prosseguimento do tratamento.

A persistência do choque úmido, por mais de 30 minutos após a aplicação de injeções de glicose, exige o emprêgo de injeções de adrenalina, pois não se trata, como assinala o Prof. CLAUDE, de um choque hiperglicêmico. Nesse caso cumpre também impedir-se o resfriamento do doente, colocando-o ao abrigo das correntes de ar e tendo o cuidado de não deixá-lo com as roupas molhadas pela transpiração abundante.

As sequelas neurológicas não são raras após os comas protraídos, traduzindo-se por disartria, hemiparesias, sinais de irritação piramidal e da série cerebelar.

As sequelas psíquicas que se instalam após a insulinoterapia têm sido assinaladas por quasi todos os autores. Tivemos oportunidade de descrever um quadro mental muito especial que denomináraos psicoses post-insulinoterápicas, representado pelo aparecimento de um síndromo perverso. Ao lado dêsse quadro, pode-se notar o aparecimento de estados confusionais, que tendem à regressão ràpida logo depois de cessado o tratamento.

A modificação do colorido clínico da doença também não constitue advento excepcional no decurso da insulinoterapia. Assim, certo doente, que fôra atacado de esquizofrenia de forma simples, após o tratamento apresentou uma remissão total que permitiu a sua volta ao seio da família, mas, passado algum tempo, caiu em estado de profunda depressão, com idéias de auto-eliminação e, logrando burlar a vigilância dos que o assistiam, suicidou-se por enforcamento.

Terminada a insulinoterapia, é sempre aconselhável a instituição de um tratamento complementar: vitaminoterapia, calcioterapia, hormoterapia, etc.

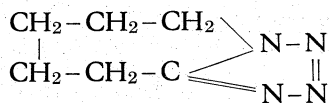
Os que acusam sinais de heredo-lues ou que apresentam o Wassermann positivo no sangue devem ser submetidos à medicação específica.

Prática com a qual temos auferido resultados bastante satisfatórios consiste na administração de injeções de salicilato de sódio em sôro glicosado por via intravenosa, na dose de 1 grama por dia, logo depois de concluída a insulinoterapia.

15. Convulsoterapia. — Ao lado da insulinoterapia, proposta por SAKEL, a terapêutica psiquiátrica moderna foi muito enriquecida com o advento da convulsoterapia, preconizada pelo médico húngaro LADISLAU VON MEDUNA. Êste autor, partindo das idéias do Prof. NYIROE, que em 1929 chamára a atenção para o antagonismo biológico entre a epilepsia e a esquizofrenia, lembrou-se de recorrer à convulsoterapia para o tratamento desta última. Para isso iniciou os seus trabalhos fazendo experiências em animais, tentando provocar convulsões por meio de injeções intramusculares de cânfora a 20%. Justo é, porém, que se lembre ter o Prof. AUSTREGESILO assinalado, muitos anos antes, os efeitos convulsivantes da cânfora, fáto que êle observára na Policlínica do Rio de Janeiro em alguns doentes submetidos a doses altas de brometo de cânfora.

Da experimentação animal passou MEDUNA a empregar o óleo canforado em altas doses nos doentes atacados de esquizofrenia, sendo raro, entretanto, obter sempre crises convulsivas. Daí a idéia de recorrer ao cardiazol, descoberto pelo Prof. SCHMIDT, de Heidelberg.

O cardiazol, ou pentametilentetrazol, tem a seguinte fórmula:

$$\begin{array}{l} CH_2-CH_2-CH_2 \diagdown \\ \quad | \qquad\qquad\qquad\quad N-N \\ CH_2-CH_2-C \quad\quad\; \| \\ \qquad\qquad\qquad\qquad N-N \end{array}$$

O cardiazol atua sôbre o sistema nervoso, determinando convulsões pela excitação dos centros sub-corticais. Segundo BLUME, o cardiazol age também sôbre a medula, atingindo o segmento sensitivo do arco reflexo.

TÉCNICA. Antes de se iniciar o tratamento pelo cardiazol cumpre proceder-se a um rigoroso exame clínico do paciente, tendo-se o cuidado de verificar, pelo eletrocardiograma, o estado funcional do coração.

A idade do doente não constitue uma contraindicação absoluta quando o exame clínico, e sobretudo o eletrocardiograma, nada acusam de anormal. Já empregámos êsse método terapêutico numa senhora de 63 anos, isenta de cardiopatia, sem o menor acidente e com inteiro êxito.

A injeção deve ser praticada pela manhã e em jejum duas vêzes por semana. O doente é colocado de preferência sôbre um leito que não seja muito flexível, de forma a permitir perfeita contensão durante a fase tônico-clônica. Deve-se, também, ter o cuidado de verificar se não há o perigo do doente, na fase tônica, introduzir os pés entre os varões da cama.

De acôrdo com os conselhos de VON MEDUNA, costumamos passar dois lençóis, torcidos e úmidos, em tôrno do corpo do doente, um na altura dos ômbros, de maneira a manter os braços colados ao tronco, o outro colocado na altura do terço superior das coxas. Além disso, convém que o médico se faça auxiliar por quatro enfermeiros, dois de cada lado do leito. Dois ficarão encarregados de impedir a flexão forçada da coxa sôbre a bacia, afastando dessa forma a possibilidade de fraturas do colo do fêmur, acidente sempre a se temer. Os outros dois enfermeiros devem procurar evitar a flexão do braço sôbre a articulação escápulo-humeral. A um quinto auxiliar fica reservado o papel de proteger a língua do doente, colocando uma toalha dobrada entre as arcadas dentárias, tendo o cuidado de evitar não só mordeduras da língua como também dos lábios. A toalha introduzida na boca deve ser colocada de forma que, quando se der a contração violenta do masseter, o maxilar inferior não encontre maior resistência num dos lados, o que pode acarretar a luxação dêsse mesmo ôsso.

Tomadas essas precauções, o médico inicia o tratamento, injetando inicialmente, com grande rapidez, 3 c.c. de solução de cardiazol a 10% por via intravenosa. Logo após a injeção, num período que varia em regra de 5 a 40 segundos, o doente é acometido por um acesso convulsivo, que se inicia por uma fase tônica, seguindo-se a fase clônica e finalmente a de torpôr.

A crise convulsiva tem todos os característicos da crise epilética clássica, acompanhada de perda da conciência. O doente, logo em seguida à injeção, apresenta uma fase comparável à aura dos epiléticos. Uns contráem fortemente a fisionomia; outros erguem a cabeça do travesseiro, abrindo exageradamente os olhos, ou contráem com energia as pálpebras. Muitos dêles têm, logo após a injeção, um pequeno acesso de tosse sêca, que precede imediatamente o desencadear da crise.

As auras se podem caracterizar também por manifestações sensitivas, sensoriais ou viscerais. Assim, doentes há que relatam sentir, logo após a injeção, sensação de adormecimento dos membros e trêmulos intensos; outros que percebem distúrbios visuais, zumbidos nos ouvidos, e ainda há os que se queixam de desordens cenestésicas, sobretudo na altura das vísceras torácicas e abdominais.

A crise se inicia pela fase tônica, que dura em média de 10 segundos a um minuto. Neste período, além de uma hipertonia generalizada e violenta, muitas vêzes se observa um desvio conjugado da cabeça

e dos olhos. Prepondera, na fase tônica, a contratura dos músculos que determinam a abertura da boca, o que facilita a introdução do coxim protetor da língua antes que sobrevenha o seu brusco fechamento.

Passada a fase tônica, segue-se a clônica, caracterizada a princípio por violentos abalos musculares, que vão desaparecendo, tornando-se pouco a pouco menos violentos e mais espaçados.

À fase clônica segue-se a estertorosa, durante a qual a respiração se torna difícil, donde cianose e depois palidez da face, acompanhada de bradicardia.

Passados alguns minutos o doente recobra a conciência. Em regra, o despertar é penoso, a fisionomia do paciente exprime pavor e, não raro, uma grande angústia, que o leva a protestar enèrgicamente ao se praticar a injeção seguinte (pânico cardiazólico).

Por vêzes, a dose inicial de 3 c.c. não é suficiente para provocar o deflagrar da crise, determinando apenas um equivalente traduzindo-se por pequenos abalos musculares difusos, leve obnubilação psíquica, estado angustioso. V. Meduna aconselha nesse caso se faça imediatamente uma outra injeção, aumentando-se 1 c.c. sôbre a dose anterior. Passados 3 dias, repete-se a injeção, mas com a mesma dose ou superior, conforme as reações observadas, o que em regra varia de 5 a 10 c.c.

V. Meduna entende, e com êle concorda a maioria dos autores, que nunca se deve considerar o método como improfícuo antes de se provocarem de 20 a 30 crises convulsivas.

À medida que o doente vai acusando melhoras no seu estado mental, impõe-se uma psicoterapia bem dirigida.

Si porventura se mostrar o paciente profundamente abatido, queixando-se de violentas dores musculares, pode-se praticar o tratamento em dois tempos, suspendendo-o após 6 a 8 injeções, para prosseguí-lo passados 15 a 20 dias.

O cardiazol, proposto inicialmente para o tratamento da esquizofrenia, tem hoje as suas aplicações ampliadas, registrando-se melhoras acentuadas em doentes apresentando formas parafrênicas, psicoses alucinatórias crônicas, depressões melancólicas, síndromo de Cotard, etc.

Acidentes. Além das complicações traumáticas já referidas — fraturas, luxações e distensão de tendões — têm sido registrados, no decurso da Medunoterapia, acidentes circulatórios — síncope fatal, fibrilação auricular, hipertensão, — e ainda outros da esfera pulmonar — infartos, embolias, abcessos e pleurisias.

Muitos pacientes acusam, após a crise convulsiva, elevação febril mais ou menos intensa, a que se segue grande sudorese.

16. Opoterapia. — A opoterapia tem hoje larga aplicação no tratamento das doenças do sistema nervoso, comprovada que está a ação predominante exercida por certas glândulas sôbre o mecanismo psíquico — a tiróide, a hipófise, a suprarrenal e as gônadas.

Os extrátos tiroidêos têm aplicação em todos os casos em que, ao par das desordens psíquicas, se notam sinais de hipofuncionamento da glândula tiróide, caracterizado sobretudo pelo mixedema e pelo cretinismo. Os extrátos tiroidêos são empregados na dose de 10 a 50 centigramas em pó, via de regra em comprimidos, tomadas as devidas precauções, procedendo-se a frequentes verificações do metabolismo basal.

Nos casos em que se observa hiperfuncionamento da glândula, como no basedowismo, costuma-se recorrer à diiodotirosina e à hematoetiroidina.

A opoterapia paratiroidéia é prescrita quando há coexistência das desordens neuropsíquicas com uma diminuição da taxa de cálcio no sangue e sintomas inerentes à hipocalcemia.

A opoterapia hepática tem inúmeras aplicações em patologia nervosa, comprovadas que estão as relações estreitas existentes entre o fígado e o sistema nervoso. Nos síndromos melancólicos, nos síndromos neuroanêmicos, em uma palavra, toda vez que se observem fenômenos de insuficiência hepática no decurso de uma psicopatia, a opoterapia hepática é aconselhada.

Os extrátos testiculares, empregados pela primeira vez por BROWN-SEQUARD sob o nome de Sequardina, ocupam hoje importante papel em patologia mental, sendo atualmente preconizados não só nos casos em que há desordens psíquicas associadas a disfunções sexuais, como também em todas as formas em que se nota queda da tensão psicológica, perda de energia, desânimo. Entretanto, a indicação mais formal se faz nas psicoses do climatério do homem, sendo também empregada nas desordens neuro-psíquicas da menopausa, com reais benefícios, na chamada opoterapia cruzada.

A opoterapia ovariana tem também não poucas aplicações e deve ser prescrita nas insuficiências e nas psicoses que ocorrem na puberdade e na menopausa, sobretudo quando há indícios de disfunção ovariana. Conforme o caso, dar-se-á preferência à foliculinoterapia ou à luteinoterapia.

A opoterapia hipofisária é prescrita sob três formas: extráto total, lobo anterior ou lobo posterior. O extráto total tem sido recomendado na esquizofrenia, principalmente quando se acompanha de grande obesidade. O lobo anterior tem indicação nas oligofrenias, nos síndromos adipo-genitais, na caquexia hipofisária de SIMMONDS, na doença de CUSHING. O lobo posterior não encontra em psiquiatria indicações formais.

A opoterapia suprarrenaliana age de forma eficiente nas formas psicastênicas, na melancolia, na demência precoce simples, toda vez que se registrar grande astenia muscular e um estado de depressão geral associado a uma hipotensão arterial.

HIGIENE MENTAL

1. Definição e delimitação. — Não há hoje centro civilizado do mundo onde a higiene mental não seja objeto da mais cuidadosa atenção, pois que estudos modernos vieram demonstrar a possibilidade de se evitarem, por meio de medidas preventivas, determinadas moléstias nervosas e mentais.

KAZIMIERZ DABROWSKI definiu em seu relatório oficial, apresentado ao Segundo Congresso Internacional de Higiene Mental, higiene mental como a ciência que se ocupa das condições de saúde psíquica do indivíduo, do grupo social e da sociedade, bem como a arte de aplicar à vida recomendações baseadas sôbre o estudo das ditas condições e seus distúrbios.

Seu fim seria agir preventivamente junto do indivíduo normal, desenvolver as funções superiores sob o ponto de vista da saúde, proteger o indivíduo manifestando distúrbios para prevenir o agravamento do seu estado, restituir suas funções ao nível mais alto possível, organizar uma vida sadia do grupo social, assegurar as melhores condições psíquicas de trabalho e de vida ao indivíduo atacado por transtornos psíquicos e utilizar tanto quanto possível, para o bem da sociedade, os valores culturais em relação com os distúrbios da mente.

Embora faça parte da medicina, a higiene mental ultrapassa os seus domínios, pois que seria uma arte médico-psicológica e social ocupando-se do indivíduo normal, das desordens psíquicas incipientes, das nevroses, das psico-nevroses, das psicopatias, conservando um caráter profilático mas englobando territórios limítrofes da psicopatologia, da psicologia, da pedagogia, da sociologia, da psicotécnica, etc.

2. Higiene mental e urbanismo. — Um dos capítulos mais importantes da higiene mental é o que concerne às suas relações com o urbanismo, isto é, com a vida contemporânea daqueles que vivem aglomerados nas grandes metrópoles.

O Prof. LEVI-BIANCHINI, no Segundo Congresso Internacional de Higiene Mental, apresentou importante relatório sôbre êsse tema, dizendo que o urbanismo é um produto da civilização; intensa como o processo de evolução psicológica eticosocial e econômica da humanidade, seguindo o desenvolvimento evolutivo e auxológico através das conquistas econômicas, mecânicas, físicas, industriais da ciência e da técnica; mas também no sentido degenerativo e regressivo, através de alguns dos seus produtos, capazes de agir de maneira demoftórica e blastoftórica sôbre a população, sôbre o indivíduo, sôbre o sexo.

Êstes produtos, por isso que mais dirètamente interessam a higiene mental, são constituídos sobretudo pela neuro-sífilis, pelas toxicofilias, pelo suicídio, pelas psico-neuroses, pela alienação mental, pelas infecções epidêmicas com caráter prevalentemente neurotropo.

A ação destrutiva dêsses fatores concorreria para enfraquecer as defesas e comprometer a vida do homem civilizado, razão por que medidas de higiene mental devem ser aplicadas sobretudo nos grandes centros.

3. ***Cinema e higiene mental.*** — Desde que o cinema passou a ocupar posição destacada na vida moderna, agindo de modo preponderante na educação e na formação dos costumes e hábitos, a seleção de películas passou a constituir objeto de cogitação de psicólogos e sociólogos, que cedo reconheceram a sua importância na formação do espírito humano, sobretudo da mocidade.

Nos Estados Unidos, as autoridades se alarmaram com o aumento da criminalidade dos menores e, depois de cuidadosas investigações, chegaram à conclusão de que o cinema era o responsável por grande número de casos de delinquência infantil.

GUGLIELMO MONDI, no interessante estudo sôbre a etiologia das moléstias nervosas e mentais, reune 12 casos de um quadro clínico por êle denominado "psicose de cinema", caracterizada por alucinações e delírios relacionados com os filmes assistidos. Está claro que tais manifestações surgem nos indivíduos sensíveis, de sistema nervoso vibrátil e predispostos a desordens várias.

Muito embora sejam hoje os filmes censurados, sobretudo aqueles cuja exibição é permitida aos menores, a maioria dos psiquiatras e psicólogos entende que, sob o ponto de vista moral, os filmes da atualidade são prejudiciais não só para as crianças como também para os adultos, visto nem sempre encerrarem verdades, porque incitam o gôzo, a crueldade, despertando o gôsto pela lubricidade, pelas aventuras sexuais, pelos crimes passionais.

O cinema pode exercer uma influência altamente benéfica e favorável ao psiquismo do indivíduo quando bem orientado, com fins educativos e artísticos, contribuindo para divulgar conhecimentos cientí-

ficos e apurar a sensibilidade artística. Entretanto, exerce efeito contrário quando contribue para a corrupção dos costumes, para exaltar a emotividade, deprimir o espírito ou veicular idéias peculiares a indivíduos dotados de constituição psicopática.

4. A higiene mental infantil. — A educação familiar tem uma profunda influência sôbre a formação da personalidade, contribuindo para atenuar ou agravar as tendências mórbidas.

Examinando as condições em virtude das quais a educação familiar pode, em certos casos, prejudicar a saúde mental das crianças, TUMIATI assinala :

a) a presença constante, no meio familiar, de parentes neuropsicopatas;

b) a falta ou excesso de civilidade, assim como a negligência dos parentes para as crianças ;

c) a existência de "predisposições" nas crianças a educar.

Pensa êle que o papel da higiene mental na educação familiar é o de denunciar os perigos, de descobrir precocemente as predisposições e de preparar as defesas e as compensações de ordem fisiológica ou psicológica.

5. A higiene mental nas escolas. — E' indiscutível a importância da higiene mental aplicada ao ensino, desde o primário até o superior.

Ao ingressar na escola, a criança tem o primeiro contáto com a sociedade, demonstrando, desde logo, no trato com os seus semelhantes, as suas tendências, as suas inclinações, o seu caráter e a sua inteligência. Mais tarde, nos cursos secundário e superior, o desenvolvimento intelectual se opera de forma mais intensiva, permitindo ainda maior diferenciação e um estudo mais perfeito da personalidade.

Ao professor compete papel de grande relevância, procurando conhecer a constituição mental dos seus alunos e sobretudo as causas das deficiências verificadas no curso do aprendizado.

GONZALO BOSCH pensa, mui justamente, que é o período da puberdade o que exige maior cuidado por parte dos educadores e dos médicos especializados, porquanto é nessa fase da vida que se iniciam com maior frequência os distúrbios psíquicos.

6. Higiene mental e orientação profissional. — De acôrdo com a maioria dos investigadores, a higiene mental não se deve ocupar tão sòmente da prevenção das moléstias mentais, como deve também ocupar-se de todos os elementos capazes de contribuir para favorecer e aperfeiçoar o espírito humano. Ora, a escolha de uma profissão adequada à constituição e aos atributos do indivíduo representa condição

primacial para o êxito na sua carreira, sobretudo para aqueles que desejam seguir uma profissão exigindo uma série de qualidades inatas e outras que só se auferem mercê de um aperfeiçoamento contínuo.

*7. **Herança e constituição. Esterilização dos anormais.*** — Existem numerosas doenças ditas hereditárias, sobretudo nervosas, que se transmitem de geração em geração obedecendo a leis biológicas e que podem hoje ser evitadas, impedindo-se a união dos indivíduos portadores dessas taras. Mas, ao lado dessas doenças familiares, importa ainda estudar-se a constituição dos indivíduos, pois que, como demonstrou KRETSCHMER, revivendo a doutrina dos temperamentos e das constituições, existe uma relação sômato-psíquica, isto é, uma relação entre a constituição corpórea do indivíduo e o seu temperamento, donde a predisposição para esta ou aquela doença mental.

Daí a importância da eugenia, que visa melhorar a raça, não só sob o ponto de vista físico como também psíquico.

Os primeiros laboratórios para o estudo da hereditariedade, debaixo do ponto de vista social, foram instalados nos países anglo-saxões, sob a inspiração de GALTON. Tais laboratórios se destinam sobretudo à indagação dos atributos físicos, fisiológicos, mentais e da predisposição patológica revelada pelo indivíduo, sem se perder de vista, pelo estudo genealógico, a evolução da espécie.

1.º) — O estudo dos meios suscetíveis de lutar contra as moléstias sociais, podendo alterar a hereditariedade.

Nesse capítulo se incluem, ao lado da luta contra as moléstias infectuosas (sífilis, blenorragia, tuberculose, lepra, paludismo), as intoxicações — alcoolismo, saturnismo, tabagismo, e os estupefacientes.

Destaque especial merece a luta anti-tuberculosa pela vacina B. C. G., que, segundo a conclusão dos peritos de higiene da Sociedade das Nações (1928), não provoca jamais lesão tuberculosa virulenta, antes oferece, pelo contrário, um certo grau de imunidade, sôbre ser inofensiva.

2.º) — O melhoramento das condições sociais influindo sôbre a espécie.

Aquí figuram os problemas inerentes à maternidade, à imigração e à organização social obedecendo a normas eugênicas.

3.º) — *a*) O AFASTAMENTO dos elementos degenerados.

b) A SEGREGAÇÃO com o objetivo de evitar a procriação dos indivíduos fadados a uma prole degenerada.

c) A ESTERILIZAÇÃO. O grande número de procriadores de indivíduos com defeitos físicos e mentais, a grande massa de tarados e inválidos que superlotam os hospitais e estabelecimentos de assistência,

obrigou a aplicação de medidas enérgicas, com o fito de obstar o aumento assustador de elementos que representam um pêso morto para a sociedade.

Uma das medidas postas hoje em prática nos Estados Unidos, na Suíça e, sobretudo, na Alemanha, consiste, como dissemos, na esterilização dos anormais.

Convém repetir que a esterilização, adotada como meio eugênico, é conseguida sem operação mutilante e sem privar o indivíduo de qualquer função. No homem, a operação consiste na ligadura do canal deferente e, na mulher, pratica-se a salpingectomia. Nesta última podem, outrossim, ser empregados os raios X.

A esterilização é hoje praticada, em certos casos clínicos, com o objetivo terapêutico, profilático ou néo-maltusiânico. A esterilização, como medida eugênica, visa impedir a procriação de indivíduos com baixo potencial hereditário. Partindo do princípio, hoje universalmente aceito, de que grande maioria dos anormais são congênitos e contam antecedentes hereditários neuro-psicopáticos, busca-se pela esterilização diminuir, como dissemos, a descendência dêsses elementos, o que vem reduzir sensìvelmente os encargos da assistência e possibilitar a diminuição dos impostos.

d) A SUPRESSÃO. Alguns autores, extremamente radicais, vão ao ponto de propôr, como ENGEL, a supressão pura e simples dos indesejáveis, com o fito eugênico e humano, acreditando poder dessa forma pôr termo ao sofrimento dos seres degenerados, aos quais está reservada uma vida de miséria e sofrimentos.

e) A EDUCAÇÃO. Segundo a moral eugênica deve-se, como princípio educativo, desenvolver, em todo cidadão, a responsabilidade da raça. A educação eugênica dirige, segundo o Major Darwin, um apêlo às faculdades da inteligência e da responsabilidade moral do homem.

A eugenia envolve um grande número de problemas educacionais, dentre os quais se destacam a saúde e a hereditariedade dos pais, circunstâncias materiais do meio e sentimentos de amor pelos filhos. No que diz respeito à educação eugênica, há a assinalar ser ela paralela à sexual.

A educação sexual bem conduzida é um fator eugênico de real valor, como demonstra a experiência feita em vários países que a têm adotado, dentre os quais se destaca a Inglaterra.

8. ***Tráfego e higiene mental.*** — Tendo observado que a maior parte dos acidentes de tráfego se verifica em virtude de desordens psíquicas, permanentes ou transitórias, dos condutores de veículos, os médicos se pronunciaram a respeito, chamando a atenção para a necessidade de se submeterem a exame mental os aviadores, *chauffeurs*, ma-

quinistas de estradas de ferro e todos os condutores de veículos em geral, de forma a se evitarem acidentes nos serviços de transporte público.

O Comité de Higiene Mental da França propôs os seguintes votos :

1.º) Não serão concedidas cartas de *chauffeur* a indivíduos menores de 20 anos;

2.º) A carta será recusada formalmente a todos os candidatos atacados de desordens mentais, lesão orgânica do coração, dos vasos ou do sistema nervoso, de insuficiência da vista ou do ouvido, verificadas por uma Comissão médica especial, que deliberará si o candidato está ou não em condições de conduzir convenientemente qualquer veículo. Um regulamento precisará a natureza e o grau das lesões que servirão de base à dita Comissão médica, na impugnação de um candidato;

3.º) A carta não será concedida aos mutilados, salvo quando os aparelhos de que forem portadores lhes confiram aptidão suficiente para a condução de veículos;

4.º) O exame em questão deverá ser renovado cada 10 anos, ao fim dos quais o *chauffeur* deverá ser submetido a novo exame médico. Em casos especiais, a Comissão poderá exigir que o candidato volte ao exame três anos depois;

5.º) A carta será cassada em caso de embriaguez ou pelo menos na sua recidiva ;

6.º) Todo *chauffeur* processado por acidente culposo não poderá retomar sua profissão sem novo exame.

Tais votos foram aprovados pela Academia.

O Comité de Higiene Mental da França apresentou também, em 1920, uma proposta sôbre a vigilância psiquiátrica das pessoas afétas ao serviço de transporte público.

Eis os votos formulados :

1.º) Para ser concedida permissão para conduzir um meio de transporte público, terrestre, marítimo, fluvial ou aéreo, cumpre que o candidato seja são de espírito. E como ninguém poderia ser seu próprio juiz nessa matéria, faz-se indispensável a intervenção de um médico especialista em neuropsiquiatria ;

2.º) Os candidatos aos lugares de condutores de veículo de transporte público deverão ser submetidos a prévio exame neuropsiquiátrico ;

3.º) Os agentes admitidos a êsses mesmos empregos deverão submeter-se periódica ou acidentalmente a visitas médicas especiais, que

terão por objetivo verificar, tanto no interêsse dos passageiros como no seu próprio, si o seu estado psico-nervoso permanece em equilíbrio;

4.º) Os modos de seleção e fiscalização neuropsiquiátrico devem ser confiados à iniciativa das administrações ou às emprezas, mas severamente controladas pelo Estado.

9. ***Rumor e higiene mental.*** — O advento dos veículos de tração a motor, a rapidez com que se fazem hoje as comunicações, a intensidade do tráfego onde se locomove densa massa humana, força a multiplicação dos sinais de advertência, que se fundem ao estrepitar dos veículos em movimento, dando lugar a um rumor ensurdecedor, quebrado de quando em quando por notas mais agudas.

As queixas sôbre êsse novo processo de martírio humano surgem de todos os lados e são sempre recebidas com aplausos as iniciativas de se promover uma campanha tendente a limitar o barulho, porquanto não há quem não reconheça a sua influência nefasta sôbre o sistema nervoso.

Vachet, no seu livro "Inconvenientes da vida moderna", diz: "Toda a excitação sôbre a extremidade de um nervo sensitivo repercute por via reflexa sôbre os nervos motores e coloca os músculos em um estado de contração que vai desde o tono fisiológico ao espasmo muscular. Quer isso dizer que o nosso organismo se fatiga em virtude de todos os espetáculos, ruidos, conversações, trepidações que se sucedem no decorrer da jornada urbana.

Êsses ruidos dissonantes, repetidos, provocam no nosso organismo um choque que repercute em todas as nossas funções, particularmente nas do sistema nervoso, que é assim agitado e sacudido por verdadeiras crises.

A Comissão creada em Londres para estudar o problema dos barulhos prejudiciais concluiu que entre os ruidos industriais e os das ruas há grande diferença. O ruido das ruas é mais perigoso em virtude da falta de ritmo, não permitindo que o organismo a êles se adapte, creando por isso tensões que geram o enfado e desgostos que se somam à fadiga.

Portier, membro da Academia de Medicina de París, destacado para fazer parte da Comissão designada para estudar os ruidos prejudiciais à saúde, afirma: Os ruidos incessantes provocam vibrações na tensão arterial e influem sôbre o sono, fazendo com que seja menos profundo, menos reparador e menos prolongado. Não tardam a se ressentir as faculdades de elaboração cerebral — o sistema nervoso se torna mais sensível e entrará num círculo vicioso do qual não sairá senão depois de um período mais ou menos longo de calma e repouso.

O Dr. SOUQUES, um dos neurólogos franceses de maior renome, insiste na necessidade do homem de estudo trabalhar em ambiente silencioso, para conseguir o máximo de rendimento cerebral.

A Municipalidade de París mandou colocar, há pouco tempo, uma série de microfones em vários pontos da cidade, para o registro em discos de gramofones dos ruidos percebidos. A experiência deu os seguintes resultados:

Buzinas e sereias.	25%
Ruido de motores	36%
Bondes e caminhões	11%
Ruido oriundo da descarga de mercadorias.	9%
Ruido de freios	2%
Escapamento de motocicletas	5%
Ruidos diversos — bater de martelos, gritos de pregadores, etc..	12%
Total	100%

Tais resultados têm sido mais ou menos uniformes em quasi todas as grandes cidades do mundo.

O Conselho Deliberante de Buenos Aires aprovou um projeto de lei que estabelece:

1.º) Fica proibida a circulação de veículos de tração mecânica desprovidos de pneumáticos e os veículos de tração animal sem rodas revestidas de borracha.

2.º) Não será permitida a circulação, pelas ruas dos municípios, dos veículos de tração mecânica desprovidos de silencioso no escapamento.

3.º) Não será permitida também a circulação de veículos de qualquer classe que produzam ruidos incômodos ou excessivos devidos a

a) ajuste defeituoso ou desgaste do motor, freios, guarda-lamas, carrosserie ou material rodante.

b) mau estado dos breques e dos câmbios; falta de lubrificação dos trilhos.

c) carga mal distribuída.

d) qualquer outra circunstância que determine o funcionamento anormal do veículo.

4.º) Fica proibido o uso, nos veículos de tração mecânica, do escapamento livre.

5.º) Os veículos de tração mecânica devem estar providos de uma buzina de som grave, de um só tom e que será determinado pelo Departamento, ficando proibido em todos êles o uso de sereias, *klaxons* e, em geral, de todo aparelho que produza ruido agudo, múltiplo ou prolongado.

6.º) Os condutores de veículos não poderão fazer uso de buzinas, campaínhas, silvos, timbres ou outros dispositivos produtores de sons autorizados depois das 24 horas até às 7 horas, devendo cruzar as ruas com velocidade reduzida.

7.º) Depois das 7 horas até às 24, os veículos só poderão fazer uso dos aparelhos sonoros autorizados pelo regulamento em casos de necessidade imperiosa, para evitar ou prevenir acidentes. Tão pouco poderão, em qualquer hora do dia, produzir ruidos por excesso de velocidade regulamentar.

8.º) Os condutores de veículos de tração mecânica ou elétrica não poderão manter o motor em atividade durante o estacionamento, nem fazer uso dos aparelhos sonoros por motivo de interrupção do tráfego.

10. Imigração e higiene mental. — Os eugenistas e os sociólogos nos países novos que recebem grandes massas imigratórias, preocupados com a raça em formação, têm procurado estudar os perigos não só dos quistos intra-raciais, como também da infiltração de indivíduos tarados, nocivos à comunhão social.

Entre nós, MIGUEL COUTO, XAVIER DE OLIVEIRA, ARTHUR NEIVA, THEOTONIO MONTEIRO DE BARROS e PACHECO E SILVA se ocuparam, no Parlamento brasileiro e em vários escritos, da importância do problema, mostrando a necessidade não só da escolha das raças como também da seleção individual dos imigrantes, afim de se impedir a entrada daqueles que forem julgados inválidos físicos ou psíquicos.

O decreto n.º 3.010, de 20 de agôsto de 1938, estabelece no seu artigo 113 : — Serão impedidos de desembarcar, mesmo com o visto consular em ordem, os estrangeiros :

I) indigentes, vagabundos, ciganos e congêneres ;

VII) alcoolistas ou toxicômanos.

Artigo 114. — Serão, também, impedidos de desembarcar, ainda que com o visto consular em ordem, os estrangeiros vindos como permanentes :

I) aleijados ou mutilados, inválidos, cegos, surdos-mudos ;

II) atingidos de afecção mental ;

III) que apresentem lesões orgânicas com insuficiência funcional, que os invalide para o trabalho.

Estabelece o artigo 159 do referido decreto: Poderá ser repatriado o estrangeiro que, dentro do prazo de seis meses contados da data do seu desembarque, apresentar sintomas ou manifestações de doenças constantes da tabela anexa.

TABELA N.º 3

a que se refere o artigo 159

Doenças cujos sintomas e cujas manifestações autorizam o repatriamento nos primeiros seis meses do desembarque —

Epilepsias

I — *Doenças mentais:*

Personalidades psicopáticas (especialmente alcoolistas e outros toxicômanos, perversos, amorais, paranóicos).

Psicoses agudas e crônicas

II — *Doenças nervosas:*

Mielopatias sistematizadas — esclerose lateral amiotrófica, poliomielite anterior crônica.

Mielopatias não sistematizadas — siringomielia, esclerose em placas, neuromielite.

Doenças hereditárias e familiares do sistema nervoso — heredoataxias, degeneração lenticular progressiva, coréia crônica, miopatias.

Doença de PARKINSON, parkinsonismo.

Neuro-lues (especialmente tabes, paralisia geral, mielopatias).

Encefalopatias.

III — *Endocrinopatias:*

Doenças de BASEDOW. Mixedema. Acromegalia. Síndromo adiposo-genital. Diabete grave.

IV — *Outras doenças:*

Lepra.

Câncer.

Cardio-vasculopatias, nefropatias e hepatopatias com insuficiência funcional irredutível.

Síndromos hemáticos graves — anemia perniciosa e leucemias.

CLASSIFICAÇÕES EM PATOLOGIA MENTAL

1. Dificuldades em se estabelecer uma classificação uniforme das doenças mentais. – 2. Importância das classificações psiquiátricas em Psicopatologia Forense. – 3. Primeiras classificações psiquiátricas. Influência de duas escolas opostas: biológica e psicológica. – 4. Classificação de Esquirol. – 5. Classificação de Morel. – 6. Classificação de Kraepelin. – 7. Classificação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal.

1. Dificuldades em se estabelecer uma classificação uniforme das doenças mentais. — A questão das classificações em patologia mental tem, desde o início da fase científica da Psiquiatria, preocupado sobremodo os alienistas, unânimes em reconhecer a necessidade de se estabelecer uma base para o estudo metódico das psicopatias.

Não obstante, todo esfôrço realizado nesse sentido tem sido em vão, em virtude de não ser possível, no estado atual dos nossos conhecimentos, estabelecer-se uma classificação racional das moléstias mentais, norteada por um critério único, uma vez que ainda se encontram insuficientemente esclarecidas as causas, os mecanismos e as lesões anatômicas de várias psicoses, de forma a facilitar a sua divisão em grupos mórbidos perfeitamente distintos.

Isso explica terem resultado infrutíferas todas as tentativas feitas no sentido de se adotar uma classificação internacional das doenças mentais e até mesmo continental, como sucedeu na Primeira Conferência Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, reunida em Buenos Aires em 1928. No último Congresso Internacional de Higiene Mental, realizado em 1937, em París, foi novamente o problema debatido falhando ainda uma vez os objetivos em vista, razão por que, por proposta do Dr. BERSOT, o Congresso aprovou um voto propondo a creação de uma comissão internacional de coordenação destinada a unificar as diversas classificações do mundo, através do Instituto Internacional de Estatística de Haya, do Bureau Internacional de Higiene e da Biblioteca da Sociedade das Nações de Genebra.

2. Importância das classificações psiquiátricas em Piscopatologia Forense. — Diz RÉGIS ser uma classificação um fio condutor indispensável em Psiquiatria. Realmente assim o é, e embora todas elas

tenham, como assinalámos, pontos vulneráveis, torna-se imprescindível adotar-se uma que nos permita fazer a exposição ordenada das doenças mentais.

Em Psiquiatria Forense, sobretudo, há absoluta necessidade de se ter conhecimento das principais classificações, pois que, na falta de elementos mais positivos para uma decisão, não raro se travam acaloradas discussões em tôrno da nomenclatura, nas quais espíritos os mais esclarecidos se perdem em polêmicas estéreis.

3. *Primeiras classificações psiquiátricas. Influência de duas escolas opostas : biológica e psicológica.* — Nas primitivas classificações propostas, numa fase em que mal se delineavam as primeiras noções da Psiquiatria científica, já se entrevia a tendência de duas escolas opostas : uma, fundamentada sôbre dados psicológicos, guiava-se sobretudo pela clínica ; outra, de tendência biológica manifesta, se não subordinava só aos sintomas, mas procurava sobretudo indagar da origem das psicoses. Êsse dissídio não só não desapareceu, como se acentuou cada vez mais, à medida que os progressos da ciência vieram oferecer novos argumentos a ambos os grupos. Entretanto, a despeito dos esforços realizados, as classificações propostas continuam a ser ecléticas, dada a impossibilidade em que ainda nos encontramos de nos valermos de um só critério — seja biológico ou psicológico. Por isso, elementos vários, oriundos das causas, da sintomatologia, da anatomia patológica e da evolução das doenças mentais, têm servido até agora para a elaboração das classificações propostas.

4. *Classificação de Esquirol.* — A primeira classificação calcada sôbre bases científicas foi a de Esquirol, que dominou na primeira metade do século XIX. Êste autor dividia as psicoses em gerais ou parciais (1). As psicoses ditas parciais ou monomaníacas se subdividiam, por sua vez, em outras formas, destacando-se três principais — a intelectual, a afetiva e a impulsiva. A classificação de Esquirol já delineava, em suas linhas gerais, a distinção, hoje definitivamente assente, dos enfraquecimentos mentais adquiridos, consequentes a uma afecção do cérebro (demência), da debilidade mental por parada do desenvolvimento (idiotia, imbecilidade).

5. *Classificação de Morel.* — Mais prática foi a classificação de Morel, baseada sobretudo na etiologia das desordens mentais, distribuindo as psicoses em seis grupos : 1) Psicoses hereditárias ; 2)

---

(1) – Tão grande foi a influência da classificação psiquiátrica de Esquirol que ainda hoje, entre os nossos juristas, predomina o primitivo critério dêsse autor, no tocante à divisão das psicoses em gerais ou parciais. Assim é que, frequentemente, entre os quesitos apresentados aos psiquiatras figura o seguinte : "E' a loucura do paciente geral ou parcial ?" Tal pergunta não tem mais justificação, admitida como está a unidade indivisível do cérebro humano. Já Moreau dizia, com espírito : "o indivíduo é ou não alienado, pela metade é que não pode ser".

Psicoses tóxicas ; 3) Psicoses oriundas de outras moléstias ; 4) Psicoses idiopáticas ; 5) Psicoses simpáticas ; 6) Estados terminais.

Do ponto de vista forense, a classificação de MOREL merece especial destaque, pelo fáto de nela terem sido incluídas, entre as psicoses hereditárias, as formas ditas degenerativas, que se transmitiriam de geração em geração, sempre sob forma mais grave e em época mais recente, até atingir a idiotia com infecundidade, traçando assim as bases da doutrina da evolução e do atavismo, que deveria mais tarde ocupar, em Criminologia, papel de excepcional relêvo. Foi partindo das idéias de MOREL que MOREAU (de Tours) procurou demonstrar a influência das nevropatias sôbre o dinamismo intelectual, salientando a influência da herança sôbre as moléstias mentais, considerando a degeneração como uma modalidade de involução biológica, que reconduziria o tipo humano a uma variedade inferior, preexistente na genealogia do homem. A herança passou, desde aí, a figurar como a principal causa das afecções mentais — "a causa das causas" — no dizer de TRELAT.

Foi prosseguindo nessa mesma diretriz que LOMBROSO fundamentou a sua doutrina, já então esboçada, aplicando os mesmos princípios às leis psicológicas do delito, das anomalias morais e intelectuais, imprimindo novos rumos à Criminologia, embora emprestando desusado valor às suas teorias, que a observação e a experiência têm sabido apreciar com justa medida.

6. Classificação de Kraepelin. — Partindo de critério semelhante ao de KRAFFT-EBING, KRAEPELIN, professor em Munich, propôs, após acurados estudos, uma classificação baseada em novos moldes. Êste autor teve o mérito de revelar sempre grande sinceridade nos propósitos, tanto assim que, por mais de uma vez, não hesitou em refundir as suas próprias teorias, dando razão aos seus adversários, quando a observação o convencia de que andava em êrro.

A obra de KRAEPELIN se caracterizou sobretudo por um trabalho de síntese que impulsionou extraordinàriamente a Psiquiatria. A êle devemos a constituição de dois grandes grupos clínicos — o da demência precoce e o da psicose maníaco-depressiva, que abrangem, reunidos, mais da metade dos casos de psicopatias registrados no mundo todo.

A primitiva concepção da demência precoce se originou da reunião de duas formas clínicas, isoladas anteriormente por HAECKER e por KALBAUM : a hebefrenia e a catatonia. KRAEPELIN estabeleceu o liame entre essas duas formas, às quais, mais tarde, associou uma terceira — a paranoide, demonstrando a frequência de sintomas análogos que justificavam tal associação, que o decurso fatal e irremediável levava também a pensar na existência de um substrato orgânico comum.

Ao eminente psiquiatra de Munich devemos também a reunião das psicoses afetivas num só capítulo e a demonstração de que os acessos

de mania e de melancolia se sucediam num mesmo doente, já com a predominância de excitação, ora com depressão, ou ainda se entrelaçando nas chamadas formas mixtas.

Embora combatida por alguns autores de renome, as idéias de KRAEPELIN tiveram enorme projeção nos círculos psiquiátricos mundiais, inclusive nos meios brasileiros, onde foram divulgadas pelas nossas maiores figuras, entre as quais FRANCO DA ROCHA, JULIANO MOREIRA, HENRIQUE ROXO, AFRANIO PEIXOTO, A. AUSTREGÉSILO e tantas outras.

Posteriormente aos estudos de KRAEPELIN, novos adventos favoreceram indagações no campo psiquiátrico, esclarecendo pontos obscuros sob o aspecto etiológico, clínico e, sobretudo, terapêutico. Assim, recordando rapidamente, lembraremos os trabalhos relacionados com as desordens mentais que acompanham a encefalite epidêmica ; os estudos inerentes às psicoses de guerra e as novas doutrinas sôbre as localizações cerebrais, em particular as investigações de KLEIST ; a escola psico-analítica, despida dos seus exageros e dogmatismo, não deixou de impulsionar a Psicopatologia ; finalmente, há a assinalar a importância assumida nestes últimos anos pela velha doutrina dos humores e dos temperamentos, renovada por KRETSCHMER, que não só reviveu como imprimiu forte impulso à escola hoje denominada constitucionalista.

Alguns pontos fundamentais da escola Kraepeliniana também sofreram alterações, se não radicais, pelo menos apreciáveis. Assim, o conceito da demência precoce foi consideravelmente modificado desde que BLEULER propôs, em sua substituição, o grupo das esquizofrenias, que CLAUDE e os de sua escola adotaram com breves modificações.

*7. **Classificação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal.*** — No Brasil, visando certa uniformidade nas classificações adotadas nos diversos nosocômios, de molde a permitir um estudo estatístico bem cuidado, a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal constituiu uma comissão formada pelos professores JULIANO MOREIRA, AFRÂNIO PEIXOTO, A. AUSTREGÉSILO, HENRIQUE ROXO e CARLOS EIRAS, encarregada de organizar uma classificação vasada nos modernos conceitos da Psiquiatria.

Elaborada já há alguns anos, apresenta tal classificação, na qual transparece a grande influência que tiveram entre nós as idéias de KRAEPELIN, falhas evidentes. Entretanto, com pequenas modificações, poderá a mesma atender aos principais reclamos da Psiquiatria moderna.

Como essa classificação é ainda a adotada entre nós, e como uma classificação psiquiátrica não passa de uma enumeração nosológica mais ou menos metódica, deliberámos obedecer — enquanto a ciência não nos oferecer elementos seguros para fundamentar uma que possa

ser apontada como definitiva — àquela que representa o esfôrço dos psiquiatras patrícios, com as ressalvas e acréscimos que serão assinalados à medida que cada grupo mórbido for estudado de *per si*.

E' a seguinte a classificação brasileira :

1. Psicoses infectuosas.
2. Psicoses auto-tóxicas.
3. Psicoses hétero-tóxicas (alcoolismo, morfinomania, cocainomania, etc.).
4. Demência precoce.
5. Delírio sistematizado alucinatório crônico. Parafrenia.
6. Paranoia.
7. Psicose maníaco-depressiva (psicose periódica) ; formas : maníaca predominante, depressiva predominante e mixta.
8. Psicoses de involução.
9. Psicoses por lesões cerebrais e demências terminais (artérioesclerose, sífilis, etc.).
10. Paralisia geral.
11. Psicose epilética.
12. Psicoses ditas nevrósicas (histeria, neurastenia, psicastenia e coréia).
13. Outras psicopatias constitucionais (estados atípicos de degeneração).
14. Imbecilidade e idiotia.

A classificação acima, conquanto apresente algumas falhas, por isso que data já de vários anos, foi por nós adotada, pois entendemos de vantagem a uniformização das classificações existentes no país.

Entretanto, não olvidamos o conselho de MOREL, segundo o qual devemos nos contentar em descrever as moléstias mentais, sem a preocupação de classificá-las de forma rigorosa.

FORMAS NOSOGRÁFICAS OBSERVADAS NA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIAGNÓSTICOS	1935		1936		1937		1938		1939	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1) Psicoses infecciosas	—	—	—	—	5	0,388	9	0,537	18	0,770
2) Psicoses auto-tóxicas. Confusão mental	159	13,394	128	9,566	135	10,482	142	8,488	204	8,730
3) Psicoses hétero-tóxicas. . .	38	3,201	68	5,082	76	5,900	80	4,781	115	4,920
4) Esquizofrenia	113	9,519	193	14,426	158	12,268	209	12,493	335	14,335
5) Parafrenia	88	7,415	74	5,530	42	3,260	91	5,439	141	6,033
6) Paranoia	8	0,676	33	2,466	36	2,795	30	1,793	55	2,353
7) Psicose maníaco-depressiva.	161	13,564	190	14,201	110	8,540	189	11,298	184	7,873
8) Psicose de involução . . .	35	2,948	39	2,914	56	4,347	64	3,825	68	2,909
9) Psicoses por lesões cerebrais	169	14,238	144	10,763	152	11,802	158	9,445	274	11,725
10) Paralisia geral	57	4,802	62	4,633	64	4,968	107	6,395	84	3,594
11) Psicoses epiléticas.	152	12,805	182	13,603	147	11,414	236	14,107	311	13,308
12) Psicoses ditas nevrósicas. .	122	10,278	113	8,445	173	13,432	214	12,792	275	11,768
13) Outras psicopatias constitucionais	6	0,505	7	0,523	4	0,310	5	0,298	3	0,128
14) Imbecilidade e idiotia . . .	79	6,655	105	7,848	130	10,094	139	8,309	270	11,554
Total de doentes cujos diagnósticos ficaram esclarecidos .	1.187	100,000	1.338	100,000	1.288	100,000	1.673	100,000	2.337	100,000

PSICOSES INFECCIOSAS

1. Definição. Divisão. – 2. Classificação. – 3. Sintomatologia. – 4. Psicoses gripais. – 5. Psicoses tíficas. – 6. Psicoses puerperais. – 7. Prognóstico. – 8. Tratamento. – 9. Aplicações médico-legais.

1. Definição. Divisão. — No capítulo das psicoses infecciosas se incluem as desordens psíquicas que deflagram concomitantemente com as doenças de caráter infeccioso. Os distúrbios psíquicos tanto podem surgir no período de incubação como no período febril e ainda durante a convalescença das moléstias infecciosas. Neste grupo figuram com maior frequência as perturbações psíquicas inerentes à febre tifóide, à gripe, à disenteria, às diversas doenças eruptivas, às infecções supurativas, à difteria, à erisipela, à febre puerperal, ao impaludismo, à raiva, ao tétano e às infecções do sistema nervoso por ultra-virus — encefalite epidêmica, etc. Nas infecções crônicas — sífilis, tuberculose, lepra — também ocorrem distúrbios psíquicos, na sua maioria do tipo confusional.

A HIPÓCRATES, genial observador que era, não passou despercebido o quadro mental das doenças febrís, o que foi por êle descrito no capítulo das *phrenitis*.

De acôrdo com a maioria dos autores, vários mecanismos explicam os delírios infecciosos : ação direta do virus sôbre o cérebro ; ação das toxinas microbianas ; auto-intoxicação secundária por lesões de outros órgãos ; desordens vaso-motoras ; deficiência de irrigação sanguínea do cérebro ; transtornos dos centros psico-reguladores, etc.

2. Classificação. — KRAEPELIN dividia os delírios infecciosos em quatro grupos : *A*) Delírio febril. *B*) Delírio de infecção, delírio inicial (tifo, varíola), delírio intermitente, delírio gripal, delírio agudo, delírio residual, delírio varioloso, delírio de colapso, delírio sobrevindo no decurso da tuberculose, da raiva, da septicemia. *C*) Confusão mental aguda (amentia). *D*) Estados de enfraquecimento mental infeccioso (mau humor, apoucamento mental, demência aguda, cerebropatia psíquica toxêmica).

Não há, entretanto, é bem de ver, relação direta entre a doença infecciosa e os delírios febrís. Vêzes há em que surgem delírios febrís acompanhados de intensa agitação com pouca febre, assim como se

registram casos de elevada curva térmica sem que se observe qualquer desordem psíquica, tudo dependendo do grau de miopragia nervosa do doente.

*3. **Sintomatologia.*** — As psicoses infecciosas se apresentam com sintomatologia mui variada, conforme a constituição do indivíduo, o *genius* epidêmico, a fase da moléstia, o estado de nutrição do doente, etc. Em suas linhas gerais é possível se diferenciarem três principais períodos : 1) Período de incubação ou inicial, que se caracteriza por certa inquietação, mal estar, dor de cabeça, vibratilidade nervosa, exaltação dos reflexos, hipersensibilidade aos ruidos, excitação psico-motora com grande loquacidade, tendência à prolixidade e a divagações. Êste período antecede a febre ou se manifesta já no início da fase febril. 2) No segundo período aparecem desordens da percepção, sobretudo ilusões e alucinações visuais e auditivas. Há uma grande exaltação da emotividade com marcada labilidade afetiva — riso, chôro, angústia, euforia. À noite manifesta-se o delírio onírico, no qual o indivíduo parece sonhar acordado, com visões, agitação motora, sobressaltos, pesadelos. Finalmente, em certos casos há evolução para o terceiro período : o doente então se torna agitado ao extremo, diz coisas desconexas, os movimentos se tornam imprecisos, a linguagem incompreensível, há desorientação no espaço, tempo e meio, tendência a auto-mutilações, com patente desvulnerabilidade do paciente, insônia intensa, recusa à alimentação. E' êsse o chamado delírio agudo. Daí pode o doente passar para o estado comatoso, com morte subsequente. Nas suas linhas gerais o quadro clínico das psicoses infecciosas não varia, razão por que nos limitaremos a descrever as formas mais frequentes entre nós.

*4. **Psicoses gripais.*** — Na gripe, sobretudo com caráter epidêmico, há, não raro, desordens mentais mais ou menos intensas. O Prof. Juliano Moreira escreveu interessante trabalho a propósito dos casos por êle observados no Rio de Janeiro após a pandemia de 1918, do qual extraimos alguns trechos : "As perturbações mentais observadas no Rio durante a epidemia gripal (outubro e novembro de 1918) foram as mais variadas, isto é, da simples obnubilação intelectual, ou mera modificação do caráter, até os mais ativos delírios, com fugas e até suicídios. Tais delírios foram observados antes, durante e após o período febril da infecção." "As alterações mentais no período inicial da gripe foram benignas no Rio." "As psicoses gripais justa-febrís e post-febrís apresentaram as mais variadas formas de confusão mental, com ou sem alucinações." "Todos os síndromos psicopatológicos podem surgir na gripe."

As observações do antigo diretor do Hospital D. Pedro II foram confirmadas por Franco da Rocha e por quem estas linhas escreve.

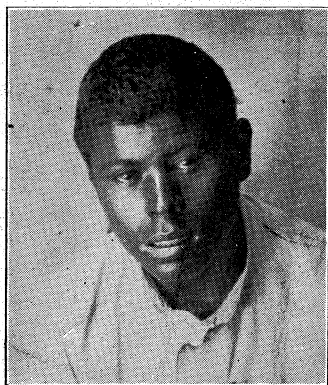



Fig. 6

Fig. 7

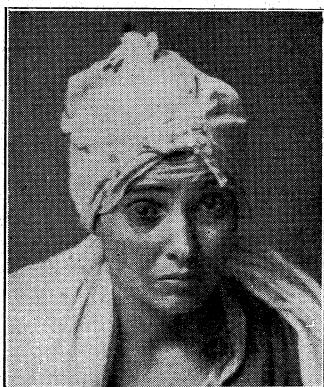



Fig. 8

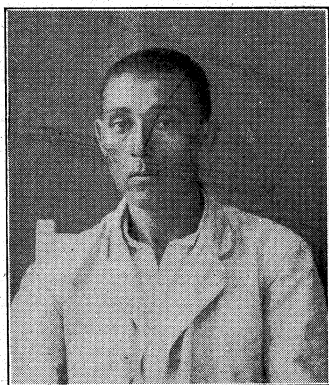



Fig. 9

Fig. 10

Facies em diferentes estados confusionais
(Observações do autor)

Fig. 11 — Grande excitação psicomotora. Delírio agudo

(Observação do autor)

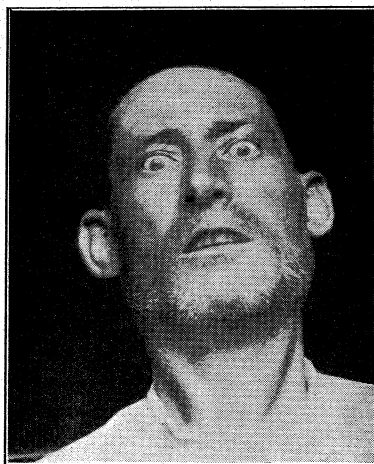
Nas formas gripais comuns de caráter benigno, nota-se muitas vêzes, sobretudo durante a convalescença, o aparecimento de um estado de astenia psíquica acentuada, com incapacidade para a realização do menor esfôrço intelectual. Essa forma astênica, quando muito pronunciada, se transforma no tipo estúpido ou estuporoso.

5. ***Psicoses tíficas.*** — Na febre tifóide se observam, repetidas vêzes, transtornos psíquicos, tanto na fase febril como na convalescença. Durante o período febril o doente apresenta crises de agitação noturna, quer levantar-se, vestir-se, sair à rua, ir para o trabalho. Outras vêzes, agita os braços e faz gestos como se quisesse apanhar flocos de algodão no ar (carfologia). Têm-se registrado formas de delírio agudo, com intensa excitação psico-motora e grave estado confusional (cerebrotifus).

Em certos casos os distúrbios psíquicos se agravam já no período de convalescença. Nota-se então acentuado grau de obnubilação mental, idéias delirantes místicas e de grandeza, astenia psíquica, desordens da memória, da atenção, variável conforme o caso.

6. ***Psicoses puerperais.*** — Consideramos neste grupo apenas as desordens mentais ligadas à infecção puerperal e que se iniciam logo após o parto. Muitas vêzes não há relação entre a gravidade da infecção e as desordens psíquicas. Assim, doentes com sinais pouco evidentes de infecção, que pode passar desapercebida, são ao depois acometidos por desordens mentais.

Entre as várias formas clínicas que se observam nas psicoses puerperais, a confusional é, indiscutivelmente, a que se nos depara maior número de vêzes. As doentes denunciam desordens sensoriais, com falsos reconhecimentos, delírio onírico, idéias fixas post-oníricas, excitação psico-motora. Numa fase mais avançada há profundo torpor cerebral, desorientação no meio, espaço e tempo, retardo da percepção, dando lugar à forma dita estúpida.

Quando, ao lado do estado confusional, notam-se transtornos da memória, acompanhados de polinevrite, desenha-se o quadro descrito por KORSAKOFF e que conserva o seu nome.

7. Prognóstico. — Quando não há grave comprometimento do sistema nervoso, acompanhado de lesões destrutivas dos tecidos, o prognóstico é relativamente favorável.

O doente vai se reintegrando progressivamente no meio, restabelece-se o contáto com o mundo exterior, a inteligência vai clareando, a memória reaparece e assim, pouco a pouco, se verifica a volta à capacidade intelectual primitiva.

E' bem de ver, contudo, que o estado confusional pode também caminhar para a cronicidade, como é outrossim possível operar-se apenas uma remissão parcial, perdurando certo deficit mental. Fatores múltiplos intervêm no prognóstico das psicoses infecciosas, não sendo possível, senão com o correr do tempo, ajuizar-se do futuro dêsses doentes, sobretudo quando a confusão mental é manifesta.

Convém lembrar, também, a frequência com que as infecções despertam, nos predispostos, psicoses latentes, particularmente formas esquizofrênicas.

8. Tratamento. — Ao lado da medicação infecciosa geral, deve-se procurar combater, quando conhecida, por meio de seruns e vacinas, a infecção causal. E' indispensável, também, o emprêgo do tratamento sintomático, agindo contra a insônia, a agitação, a recusa à alimentação, a desnutrição, etc. As funções hépato-renais e o coração, quando houver indícios de distúrbios nessas esferas, devem ser cuidadas.— Tônicos nervinos e medicação estimulante têm aplicação no período final das psicoses infecciosas. Deve-se, outrossim, proceder à chamada limpeza orgânica, isto é, a remoção de todo foco de infecção: amigdalites, sinusites, granulomas e abcessos dentários, etc.

9. Aplicações médico-legais. — Nos delírios febrís, o doente, alucinado, muitas vêzes se agita e, desorientado, precipita-se das alturas. Tal ocorre, com relativa frequência, nos hospitais de clínicas, razão por que devem, os febrís delirantes, permanecer em enfermarias especiais, convenientemente protegidos. Há casos, ditos de defenestração, em que os doentes se atiram de encontro às janelas fechadas, quebrando os vidros e precipitando-se através das vidraças quebradas.

Buscando fugir às alucinações terrorizantes ou movidos por idéias delirantes, tais doentes podem, em determinadas circunstâncias, praticar homicídios.

Nas psicoses puerperais há o perigo das mães praticarem infanticídios, agindo inconcientemente, sob o influxo de idéias mórbidas. (V. observação no fim do capítulo).

Após a encefalite epidêmica sobrevêm, ao par das sequelas neurológicas, outras de ordem psíquica, caracterizadas por transtornos do humor, perversão do caráter, conduta irregular, que conduzem tais doentes à prática de átos anti-sociais — mendácia incoercível, hétero-

acusações, átos impulsivos, delitos sexuais, fugas, incêndio, suicídio, homicídio. Tais distúrbios são patentes sobretudo na forma mental da criança.

CASO N.º 1. — *Confusão mental. Toxi-infecção post-partum. Infanticídio. Homicídio.*

Benedita M. C., brasileira, idade ignorada, preta, estado civil ignorado, deu entrada no Manicômio Judiciário de São Paulo, procedente de Jacareí, em 29 de outubro de 1936.

HISTÓRIA CRIMINAL. — A paciente apresentou, em fins de 1931, desordens psíquicas caracterizadas por alucinações auditivas imperativas e, agindo sob a influência das mesmas, matou o próprio filho, que contava 3 meses de idade. Relata a paciente ter ouvido vozes, grande algazarra em tôrno de sua casa, tendo a impressão de que estava sendo cercada e, como estivesse só, ficou muito apavorada. Agindo depois em obediência às ordens que lhe eram dadas pelas vozes que ouvia, colocou o filho dentro de um baú e em seguida fez uma fogueira, nela colocando o referido baú, donde resultou a morte do filho. Recobrando depois relativa conciência do áto que praticára, ficou desesperada, tentando suicidar-se com um machado, com o qual desfechou vários golpes no corpo. Foi detida logo depois e recolhida ao cárcere. Certo dia, prêsa novamente de alucinações, agrediu uma companheira de prisão, que, em consequência dos ferimentos recebidos, veio a falecer. Processada por sentença do Juiz de Direito da Comarca de Jacareí, por Acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo, foi absolvida e internada no Hospital de Juquerí, onde, submetida a tratamento adequado, se restabeleceu ao fim de algum tempo, obtendo alta e voltando a trabalhar na lavoura. Tendo depois outro filho e percebendo que as perturbações psíquicas reincidiam, foi à cadeia pública da localidade onde reside, entregando o filho e pedindo para ficar detida. Foi então removida para o Manicômio Judiciário.

HISTÓRIA SOCIAL. — Nasceu e se criou em Jacareí, neste Estado. Frequentou escolas primárias com muito pouco proveito, pois consegue apenas, com dificuldade, assinar o próprio nome. Mais tarde, já moça, deixou-se seduzir por um homem, tendo tido 3 abortos e por fim um filho, por ela assassinado. Depois da internação no Hospital de Juquerí, de onde saiu restabelecida, voltou para sua terra. Tendo falecido o seu primeiro amante, ligou-se a outro homem, com o qual teve outro filho, o mesmo por ela entregue à Delegacia de Polícia de Jacareí no momento da internação.

Dos antecedentes hereditários nada se pôde colher porque a paciente ignora o destino dos pais, não sabendo siquer si tem irmãos.

Informa que em criança era sujeita a convulsões, que eram atribuidas a lombrigas. Teria tido sarampo, coqueluche, tendo tido violenta febre em 1918. Menstruada aos 14 anos, diz nunca ter sido esta função perfeitamente normal. Acusa blenorragia nos seus antecedentes, dizendo-se porém restabelecida. Apresentou as primeiras perturbações mentais em 1931, em seguida às quais teria praticado o infanticídio e logo depois um homicídio, assassinando uma companheira no cárcere onde se encontrava recolhida. Transferida para o Hospital de Juquerí, obteve alta. Engravidando novamente, alguns meses após deu à luz uma criança normal e meses depois, percebendo novamente estar sendo assaltada por transtornos mentais, procurou uma autoridade policial, afim de entregar o filho e pedindo para ser internada num estabelecimento adequado.

O exame somático nada revelou de especial.

Dos exames subsidiários, o do *liquor* foi normal e a reação de Wassermann no sangue resultou negativa.

O exame psíquico revelou boa orientação auto e alopsíquica. A paciente compreende bem as perguntas que lhe são dirigidas, dando respostas adequadas.

Não foram consignadas desordens sensoriais.

A paciente associa as idéias com rapidez, falando com grande expressão mímica, relatando as circunstâncias em que teria praticado o infanticídio.

Nota-se acentuada diminuição da afetividade, pois que a paciente não denota maior emoção ao narrar o horroroso delito por ela praticado.

Está se adaptando progressivamente ao ambiente e denuncia grande atividade pragmática.

CASO N.º 2. — *Psicose gripal instalada na convalescença da gripe em três membros de uma mesma família. Assassínio do chefe da família pela espôsa e por um filho.*

Ernst S., alemão, branco, solteiro, com 19 anos de idade, protestante, residente no bairro de Indianópolis, nesta capital, narra com precisão, mostrando boa memória, os antecedentes de sua vida em Wurttemberg, os motivos que levaram a família S. a deixar a Alemanha, a viagem no "Zeelandia", a chegada à Ilha das Flores a 5 de outubro de 1913, as condições de seu emprêgo no Hotel Albion, nesta capital, donde saiu para ir tratar da família afetada de gripe. Seu pai e sua irmã se achavam no Hospital Alemão, e apenas sua mãe estava em casa doente; indo socorrê-la, apanhou igualmente a gripe, mas logo se restabeleceu. Quando seu pai voltou do Hospital Alemão notou, juntamente com sua mãe, que, a partir do dia 23 de novembro, seu progenitor parecia mudado, já não era o mesmo, tinha uma "cara menos amiga" (sic), rezava muito, querendo que mudassem todos de religião, que abandonassem o protestantismo e passassem a ser católicos. O sr. Ernst S. (pai) esteve dez dias no Hospital, sob os cuidados médicos do Prof. Dr. Walter Haberfeld, que nos informa que, durante a sua estada, não manifestou sinal de loucura e agitação, sendo, ao contrário, um doente calmo e satisfeito. Ficou, talvez, como protestante que era, impressionado pela presença das irmãs católicas, e de suas cerimônias religiosas, e, em um período de pouca resistência cerebral, na convalescença da gripe, com o seu sistema nervoso intoxicado, começou a ter um delírio místico, um síndromo paranóide. A mãe e o filho, que igualmente se encontravam em estado de enfraquecimento mental post-infectuoso e principalmente a mãe, como adiante veremos, que está atacada de uma psicose alucinatória intensa, ao invés de considerarem as modificações intelectuais do chefe da família como o produto de uma moléstia mental, de um delírio, acharam antes que estava praticando todos os átos desordenados sob a influência do demônio. Começaram então a seguir todos os seus passos, e depois de muito rezar, depois de meditar sôbre os conceitos da Bíblia que não abandonavam em sua dúvida, teve Ernst a infeliz idéia de dizer a sua mãe que o pai estava com o demônio no corpo. A mãe não admitiu a menor dúvida sôbre tais asserções e rezava com fervor. Acha Ernst que no dia 23 de novembro de 1918, à noite, quando dormia, seu pai faleceu e, logo em seguida, Satanaz penetra-lhe no corpo, que já não tinha mais alma. No dia 24, o demônio, no corpo morto de seu pai, fazia-o cantar, rasgar os santos, dizer que não prestavam, com uma voz bem diferente da que tinha quando em vida. Si tivesse tido certeza absoluta de que aquele corpo estava sendo dominado pelo demônio, nesse mesmo dia logo o mataria; resolveu porém observá-lo. Dos dias 25 a 28 de novembro "o corpo de seu pai" (sic) passou bem, apenas desejando que fossem bons católicos. No dia 29, o demônio deu provas de sua fôrça. Aquele que parecia ser seu pai, segurando uma bíblia, disse-lhe e à sua mãe: — "Vou acender um fósforo sob êste livro; si o livro pegar fogo é bom, si não queimar é mau". Segurando a bíblia fechada e conservando o fósforo aceso à pequena distância, o livro não queimou, provando assim as suas afirmações e decidindo que a bíblia era má, contrariando as crenças de ambos. Esta prova os abalou em suas convicções. O demônio mostrou porém que a sua fôrça não tinha limites e podia estender-se mais ainda. Na casa onde moravam, e principalmente na cozinha, existiam muitas moscas; o demônio, sob a figura de seu pai, colocando uma chícara de

chá sôbre uma mesa da cozinha, às 7 horas da manhã, preveniu-lhe que até às 7 horas da noite nenhuma mosca cairia dentro do chá, como não aconteceria aos outros alimentos alí existentes. Duvidando da experiência, aguardaram até às 7 horas da noite. Nem uma só mosca caiu no chá. Não puseram mais dúvida, estavam em presença destas duas manifestações, diante de um poder sobrenatural, sob a influência do demônio, de satanaz. No dia 30 à noite, depois de lutas diversas com o demônio, que os queria matar, procurando incendiar a casa com o fogo de um lampeão, resolveram, depois de muito ler a bíblia, que era natural se libertarem dêle. Arrombaram a porta onde se encontrava o demônio e o acharam nú, deitado no chão, respirando com dificuldade. Supondo que a dificuldade respiratória fosse determinada pelo impecilho causado na garganta do corpo de seu pai pela presença do demônio, quís dar saída a satanaz, procurando abrir a boca daquele corpo com colheres. Usou 8 colheres e finalmente uma lima, que fez jorrar sangue. Finalmente, como o corpo ainda estivesse com vida, sua mãe foi buscar uma faca e quasi degolou, por completo, o corpo onde se alojára satanaz. Ernst, depois, com um golpe final, acabou de separar a cabeça do tronco. Terminada a tragédia, foram mudar de roupas, lavaram-se e deitaram-se tranquilamente, porque tinham praticado uma boa ação, indo em auxílio de Deus, livrando o mundo do demônio. O degolamento não tinha a menor importância, porque "cortar a cabeça de um corpo morto não é crime" (sic). No dia seguinte, mãe e filho, dominados pelas mesmas idéias delirantes de misticismo, não abandonaram o local do crime e se conservaram rezando até comunicarem o fato à filha e irmã, que os foi visitar e levou o caso ao conhecimento da polícia. Tal é, em resumo, a descrição da tragédia por Ernst S., que, dotado de pouca inteligência, com fraca associação de idéias, querendo formar um julgamento elevado do sobrenatural, chegou à absurda conclusão de que o demônio tinha penetrado no corpo morto de seu pai. A incapacidade de elaboração de um conceito razoável sôbre a moléstia de seu pai, a fraqueza intelectual, não permitindo as funções de crítica, de reflexão, de juízo, levou-o a aceitar idéias estranhas e a praticar átos condenados. Dotado de grande credulidade, sem uma vontade refletida, com um diminuto círculo ideativo, com a incapacidade de formar um juízo independente, com a perda do senso moral, com a mais absoluta perda de emotividade, praticou friamente, com a máxima crueldade, um crime hediondo.

Pela narração de sua vida simples observamos claramente a falta de desenvolvimento de sua personalidade psíquica, a sua grande insuficiência intelectual, a sua *debilidade mental*. Reconhecendo o ambiente em que se encontra no Recolhimento de Alienados das Perdizes, compreendendo as perguntas que lhe são feitas e dando respostas certas, muito preocupado em comer e dormir bem, tem boa memória, humor tímido e um pouco ansioso quando narra o crime.

Si não apresentasse o paciente um síndromo paranóide fútil, absurdo, insustentável, com idéias místicas adquiridas na leitura da Bíblia pelo seu espírito apoucado, dificilmente passaria por um indivíduo anormal, porque estava dirigindo regularmente a sua vida no domínio da prática, a-pesar-da diminuição das suas faculdades psíquicas superiores. Com o abalo violento determinado pela loucura de seus pais, quando na convalescença da gripe epidêmica, mostrou toda a sua incapacidade psíquica e emotiva. A intoxicação de seu sistema nervoso, pelas toxinas da gripe, certamente ainda mais contribuiu para a diminuição de sua capacidade intelectual, já bem rudimentar no estado normal, tornando-o mais brutal e agressivo, mais supersticioso e crédulo.

Acompanhando o aparecimento das perturbações mentais na família S., parece-nos que em primeiro lugar enlouqueceu o chefe da família, depois Elisa S. e finalmente Ernst, que, débil mental, com insuficiência intelectual, com mínima resistência psíquica, degenerado, predisposto à loucura, aceitou, sem o menor julgamento, sem a menor reflexão, as idéias impostas por personalidades evidentemente alienadas. Ernst foi atraído para o círculo das idéias delirantes de sua mãe, convencendo-se de sua realidade, seguindo-as sem examiná-las, deixando-se arrastar aos maiores

absurdos, manifestando a chamada *loucura induzida, loucura comunicada*. Podemos, em conclusão, dizer que Ernst S. é um débil mental, com loucura induzida e síndromo paranóide de misticismo e possessão demoníaca.

Deixando de estar sob a influência de sua mãe, muito provavelmente voltará ao seu estado normal de debilidade psíquica.

Diante do quadro clínico exposto, a idéia de simulação de loucura fica completamente posta à margem.

Ernst S. não apresenta grandes sinais de degeneração física nem sintomas somáticos de perturbações do sistema nervoso (os reflexos tendinosos, pupilares, a sensibilidade tátil, os órgãos dos sentidos são normais).

Eliza S., alemã, casada, protestante, apresenta sinais evidentes de acentuada perturbação mental. Muito agitada nos primeiros dias, alucinada, falando com Deus, ouvindo-lhe a voz (alucinações visuais e auditivas), gritando, rezando, em atitudes agressivas, praticando átos destruidores, batendo com a cabeça pelas paredes, sem poder dormir, sem se alimentar, com ligeira elevação térmica, sem prestar atenção, não respondendo às perguntas, manifestava o quadro clínico de um delírio alucinatório intenso, em período caótico sem sistematização. Com o isolamento a que foi submetida no Recolhimento das Perdizes, melhorou tanto que, depois de alguns dias de observação, podia explicar o seu delírio: "Em companhia do filho tinha matado o demônio que entrára no corpo de seu marido; tinha a sua conciência tranquila, sem remorsos, porque praticára uma boa ação, como lhe assegurou a própria voz de Deus, que estava em seu coração" (sic). Quando lhe comunicamos a morte de seu marido, ficou chorosa e negou firmemente que tivesse contribuido para ela.

Estando ainda muito alucinada, não dá indicações precisas de sua vida.

Sua perturbação mental de modo algum foi simulada: era exatamente o resultado de uma moléstia — o síndromo paranóide alucinatório — a psicose alucinatória — o início provável de uma demência paranóide, de uma parafrenia fantástica.

Não observamos alterações somáticas de seu sistema nervoso central ou periférico.

Estamos, em conclusão, diante de um assassinato praticado por dois alienados perigosos, "em completa privação dos sentidos e da inteligência no áto de cometer o crime", no dizer do Código Penal. O crime foi praticado por doentes do cérebro, irresponsáveis e incapazes, mas doentes perigosos, que atentaram contra a ordem pública e a segurança social e não podem ser postos em liberdade; — si não têm uma responsabilidade moral, têm uma responsabilidade social e constituem, quando em liberdade, um perigo constante para o público. Não devem ser punidos, porém internados e tratados em um estabelecimento apropriado, de acôrdo com a lei (Decreto n.º 1.132, de 22 de Dezembro de 1.903, art. 1.º: — O indivíduo que, por moléstia mental congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados).

Respondemos aos quesitos da seguinte maneira:

1.º — Eliza S. e Ernst S. padecem de alienação mental.

2.º — Padecem de perturbações mentais, perfeitamente caracterizadas. Em tais moléstias não existem intervalos lúcidos, no sentido positivo e rigoroso da expressão.

3.º — Já especificadas no relatório anexo.

4.º — A moléstia começou na convalescença da gripe, aproximadamente em fins de Novembro de 1918.

5.º — O crime praticado por Eliza S. e Ernst S. foi cometido em estado de loucura.

São Paulo, 6 de janeiro de 1919.

(*a.*) Dr. Enjolras Vampré (relator).
(*a.*) Dr. Raul Frias de Sá Pinto.

PSICOSES AUTO-TÓXICAS

1. Definição. – 2. Classificação. – 3. Sintomatologia. – 4. Psicoses diabéticas. – 5. Psicoses urêmicas. – 6. Psicoses por auto-intoxicações gastro-intestinais. – 7. Psicoses por auto-intoxicação hepática. – 8. Psicoses por auto-intoxicação cutânea. – Queimaduras. – 9. Psicoses gravídicas. – 10. Psicoses tiroidéias. – 11. Auto-intoxicações genitais. – 12. Distúrbios psíquicos e disfunções da hipófise. – 13. Aplicações médico-legais.

1. Definição. — As psicoses auto-tóxicas abrangem uma infinidade de transtornos psíquicos consequentes ao envenenamento do organismo, provocado por distúrbios das funções dos seus próprios órgãos. Tais desordens tanto se verificam por alterações dos emunctórios, que deixam de eliminar os produtos tóxicos formados no próprio organismo, como pelos desvios funcionais das glândulas de secreção interna, cujo papel, tanto na saúde física como mental, é hoje indiscutível.

2. Classificação. — A classificação de KRAEPELIN, a mais adotada, divide as psicoses auto-tóxicas em dois grandes grupos : *A*) Intoxicações endógenas, isto é, as devidas aos produtos do metabolismo nutritivo. *B*) Intoxicações endócrinas. No primeiro grupo figurariam : *a*) delírio urêmico ; *b*) delírio eclâmptico : *c*) psicoses diabéticas ; *d*) psicoses biliares ; *e*) psicoses por transtornos circulatórios ; *f*) delírio nas caquexias — cancerosas, anemias graves, etc. ; *g*) asfixia pelo calor ; *h*) delírio da fome e da sêde, delírio de colapso (pneumonia, erisipela, etc.). No segundo grupo, das chamadas intoxicações endócrinas, KRAEPELIN colocava : *a*) as psicoses tiroidéias, que por sua vez se subdividem em — 1) enfermidade de BASEDOW ; 2) mixedema ; 3) cretinismo ; *b*) distúrbios psíquicos devidos a alteração da hipófise ; *c*) distúrbios psíquicos por transtornos da epífise ; *d*) desordens mentais ligadas às alterações da suprarrenais ; *e*) perturbações mentais oriundas do mau funcionamento das glândulas sexuais ; *f*) distúrbios psíquicos inerentes ao timus ; *g*) transtornos mentais condicionados por insuficiências pluriglandulares.

3. Sintomatologia. — Conquanto sejam múltiplas as auto-intoxicações suscetíveis de afetar sôbre a célula nervosa, o quadro mental não apresenta grandes mutações : inicialmente se observa — cefaléia intensa, penosa, gravativa e difusa ; insônia agitada durante a noite

e sonolência diurna ; estado de torpor psíquico mais ou menos intenso. O doente se mostra abatido, embrutecido, incapaz de realizar qualquer esfôrço intelectual. A fisionomia inexpressiva trai o estado psíquico. Há tremores intensos dos dedos e da língua. Esta se mostra saburrosa. O hálito é em geral fétido. A marcha é pouco segura. As urinas escassas. O pulso rápido e fino. As extremidades frias e cianóticas.

Entre as formas clínicas mais comuns se destaca a apática ou astênica : o doente permanece inerte, aparvalhado, em verdadeira narcose tóxica, associando morosamente as idéias, desorientado, por vêzes inconciente, mas apresentando, momentaneamente, clarões de conciência.

Na forma delirante, ao par dos sintomas indicativos de exaustão nervosa, do embotamento psíquico, registram-se alucinações, sobretudo visuais e cenestésicas, que dão lugar a idéias delirantes polimorfas.

No delírio agudo, a agitação psico-motora é extrema, o estado toxi-infeccioso se agrava e o doente vai progressivamente se enfraquecendo, sucumbindo, não raro subitamente, de colapso cardíaco.

*4. **Psicoses diabéticas.*** — No diabete as desordens mentais variam de acôrdo com a constituição do doente e a gravidade da moléstia. Em regra, todo diabético apresenta modificações no caráter, torna-se irritadiço, impulsivo, suscetível, triste, desconfiado, deprimido, melancólico. Num grau mais adiantado, tais distúrbios se agravam, constituindo verdadeiras psicoses — melancolia ansiosa, confusão mental típica, psicose de KORSAKOFF. (V. caso n.º 3, no fim dêste capítulo).

*5. **Psicoses urêmicas.*** — Nas azotemias, sobretudo quando a taxa de uréia no sangue é elevada, os distúrbios psíquicos não são excepcionais. O doente queixa-se de fadiga cerebral, de apatia, torpôr cerebral, como se observa nas demais intoxicações. Em determinados casos ocorrem idéias delirantes, grande excitação psico-motora, forma essa descrita por DIEULAFOY, que lhe deu o nome de *loucura brightia* e que outros autores denominam *uremia delirante.* Nesta, o doente lembra o alcoólico, não só pelo aspecto físico, como pelo quadro mental. Por mais de uma vez deparamos com doentes atacados de uremia delirante, recolhidos pela polícia nas ruas, julgando que se tratasse de alcoólatras. As crises epileptiformes são comuns nas intoxicações urêmicas. As formas melancólicas, conquanto mais raras, não deixam de existir.

*6. **Psicoses por auto-intoxicações gastro-intestinais.*** — RÉGIS descreveu vários quadros mentais oriundos de auto-intoxicações gastro-intestinais, notando que, se nem sempre há verdadeiras psicoses, os distúrbios psíquicos elementares — insônias, obnubilação parcial da inteligência, pesadelos, estado vertiginoso e lentidão na marcha do

pensamento — são de fácil comprovação. A maioria dêstes últimos sintomas notam-se nos casos crônicos de obstipação intestinal, em que há reabsorpção de produtos tóxicos não eliminados.

7. ***Psicoses por auto-intoxicação hepática.*** — O fígado, pelas suas múltiplas e importantes funções, quando alterado determina desordens mais ou menos intensas das funções psíquicas.

Os antigos atribuiam grande número das afecções nervosas e psíquicas ao mau funcionamento do fígado, como se depreende da terminologia por êles creada — melancolia, hipocondria, etc.

A simpatia mórbida entre o fígado e o sistema nervoso está hoje perfeitamente demonstrada (doença de WILSON, ictero-hemorrágico dos recém-nascidos, etc.). O fígado é um órgão depurador por excelência ; perturbada a sua função antitóxica e a de transformação dos açúcares, fácil é de se compreenderem as consequências nocivas para o sistema nervoso. Se na maioria das vêzes, na insuficiência hepática, os transtornos observados não oferecem gravidade e se traduzem por maior irritabilidade (indivíduo bilioso, atrabiliário), há casos em que se instalam formas de confusão mental que caracterizam os estados tóxicos graves.

8. ***Psicoses por auto-intoxicação cutânea. Queimaduras.*** — A pele tem indiscutível papel na eliminação dos produtos nocivos residuais que se formam no interior do organismo animal. Se um fator qualquer impede a sudorese numa superfície cutânea extensa, não tarda o aparecimento de fenômenos tóxicos, com repercussão sôbre o sistema nervoso. Isso se observa, sobretudo, nos casos onde, além da diminuição da eliminação cutânea, há a absorpção de produtos tóxicos oriundos dos tecidos necrosados.

O quadro neuro-psíquico das queimaduras graves é representado por grande agitação psico-motora, idéias delirantes polimorfas e por crises epileptiformes.

9. ***Psicoses gravídicas.*** — No capítulo das psicoses infecciosas já nos ocupámos dos distúrbios mentais devidos à infecção puerperal. Há, porém, casos de auto-intoxicação gravídica independentes de qualquer infecção. O quadro psíquico então observado é mui semelhante ao que se nos depara nas demais formas da confusão mental. As psicoses puerperais tóxicas são devidas a distúrbios dos centros de regulação metabólica do mesencéfalo, na opinião da maioria dos autores. Na eclâmpsia há, ao lado das crises convulsivas, desordens mentais que se prendem à intoxicação urêmica. Muitas vêzes os transtornos psíquicos só aparecem no período de lactação (psicose de lactação).

10. ***Psicoses tiroidéias.*** — Segundo PENDE, a tiróide age sôbre o psiquismo de três modos : — *a*) sôbre o desenvolvimento do cérebro ;

b) sôbre as células nervosas; *c*) sôbre a vida afetiva. As psicoses por intoxicação tiroidéia dimanam tanto da deficiência total ou parcial da glândula (cretinismo, mixedema) como da disfunção ou hiperfunção glandular (moléstia de BASEDOW).

A) CRETINISMO. Trata-se de uma afecção endêmica, circunscrita a certas regiões montanhosas, caracterizada por — crâneo enorme, pescoço grosso, pele encarquilhada e de côr terrosa, pálpebras inchadas, lábios túmidos, cabelos duros e sêcos, voz rouca, obtusão das funções sensoriais, deficit mental de maior ou menor grau (cretino completo, semicretinos, cretinóides).

B) MIXEDEMA. No mixedema há sinais físicos: esquelêto pequeno; atrazo da ossificação epifisária, bochechas proeminentes e infiltradas; ventre de batráquio, — que se acompanham de desordens psíquicas — atenção dispersiva, linguagem rudimentar, memória obliterada, índole pacífica. Há a se distinguirem várias modalidades de mixedema: idiotia mixedematosa, mixedema do adulto, etc.

C) DISTÚRBIOS PSÍQUICOS NO HIPERTIROIDISMO E NO DISTIROIDISMO. Na doença de BASEDOW consignam-se bócio, tremores, exoftalmo, taquicardia, aumento do metabolismo basal, entre os sintomas capitais. Sob o ponto de vista psíquico vamos observar hiperemotividade com acentuada labilidade de humor, tendências à cólera, grande irritabilidade seguida de impulsividade, eretismo nervoso, fobias, idéias obsidentes, aceleração na marcha do pensamento. Conforme a predominância dos sintomas, as psicoses tiroidéias são divididas em — formas com excitação maníaca, confusionais, depressivas e alucinatórias.

11. Auto-intoxicações genitais. — No homem, mas sobretudo na mulher, os distúrbios das glândulas sexuais têm grande e imediata repercussão sôbre o sistema nervoso.

Na mulher, notam-se frequentemente desordens psíquicas nas duas grandes fases que marcam o início e a fase terminal do ciclo menstrual, isto é, a puberdade e o climatério. São essas duas fases mui propícias à instalação das psicopatias.

Na puberdade, a maioria das mulheres se queixa de desordens neuropsíquicas fugazes, traduzindo-se por acentuado eretismo nervoso, insônia, hiperemotividade, fobias, impulsões, que se desvanecem logo depois de transposta a fase puberal. Outras vêzes, porém, tais desordens se agravam, evoluindo para a esquizofrenia. Muitas vêzes, as primeiras crises epiléticas coincidem com o aparecimento do fluxo menstrual.

Na menopausa, também chamada com muita propriedade idade crítica, os transtornos da esfera nervosa são sobremodo frequentes. Ao par dos fenômenos banais, de que se queixam todas as que atravessam êsse período — nervosismo, insônia, baforadas de calor, sensações

cenestésicas desagradáveis na altura da cabeça — há casos em que não só a êsses sinais se resume a sintomatologia. Registram-se crises verdadeiramente mórbidas, de delírio de ciume, de melancolia, de modificações no caráter, com tendência ora para o misticismo, para uma religiosidade exagerada, ora para um manifesto erotismo acompanhado de desvios na conduta. Os distúrbios neuropsíquicos da menopausa, em regra, passada a fase crítica, desaparecem, mas nem sempre isso ocorre, instalando-se as formas de involução.

Têm-se registrado casos ditos de loucura menstrual, nos quais a mulher, durante o período menstrual, manifesta idéias tão despropositadas, impulsões, tendência a violência e a átos inconsiderados, que justificam essa denominação.

Em quasi todas as psicoses se observam distúrbios do ciclo menstrual, sobretudo supressão e diminuição das regras, não sendo fácil distinguir-se quando se trata de causa e efeito. Não são raras as psicoses que sobrevêm após intervenções cirúrgicas sôbre o aparelho genital feminino, maximé quando há extirpação dos ovários ou ligadura das trompas. Não poucos médicos têm sido vítimas de agressões por parte das antigas operadas, que apresentaram idéias persecutórias focalizadas sôbre o autor da operação.

No homem, embora não tão frequentemente quanto na mulher, a puberdade é também acidentada. Nessa fase ao par dos distúrbios elementares — nervosismo, irritabilidade, revolta contra a autoridade paterna, auto-didatismo — surgem desordens psíquicas que se enquadram no grupo esquizofrênico.

Marañon chama a atenção para o que êle denomina climatério masculino, que se caracteriza por modificações acentuadas na conduta, no caráter, e sobretudo desvios na esfera sexual, que sobrevêm no homem entre 55 e 60 anos.

12. Distúrbios psíquicos e disfunções da hipófise. — Frequentemente são assinaladas desordens mentais em indivíduos apresentando alterações da hipófise. Na acromegalia os doentes apresentam estados psicastênicos que atingem as ráias da melancolia, sobretudo quando se apercebem das deformações intensas que se processam no seu organismo, principalmente na face e nas extremidades.

No síndromo de Babinski-Frölich as desordens psíquicas são de pouca monta, conquanto se observem casos de debilidade mental não muito pronunciada a êle associado.

Onde, porém, vamos encontrar perturbações psíquicas marcadas, constituindo mesmo sintoma fundamental da doença, é na caquexia hipofisária ou doença de Simmonds.

As doentes atacadas desta modalidade clínica apresentam uma perversão do apetite, que se transforma, com o correr do tempo, num estado de anorexia mental. Tais doentes deixam de se alimentar e ema-

grecem profundamente, baixando o seu pêso a menos de 20 quilos. Não obstante, manifestam uma verdadeira *coquetterie* patológica, que as leva a sentirem grande satisfação com o seu estado de magreza, pois se julgam belás quando o seu estado esquelético aberra contra todas as leis da estética.

Além da anorexia mental, observa-se, na caquexia de SIMMONDS, grande tendência para a dissimulação e para a mitomania, sobretudo no tocante à alimentação.

CARRIER chama a atenção para as anorexias ligadas às disfunções hipofisárias, assinalando sobretudo a existência de distúrbios da afetividade. ZONDEK analisa as desordens mentais que ocorrem nos síndromos hipófiso-diencefálicos, salientando as alternativas de humor, admitindo mesmo importante atuação da hipófise no desencadeamento da psicose maníaco-depressiva. Explica, também, pela influência da glândula pituitária, as modificações do psiquismo que se operam na puberdade, na gravidez, na lactação e na menopausa.

*13. **Aplicações médico-legais.*** — As psicoses auto-tóxicas acarretam frequentemente um síndromo confusional. O confuso em regra se desorienta e pode, nesse estado, atentar contra disposições regulamentares, transitar por lugares proibidos, despir-se em público, etc.

Nos casos em que há idéias delirantes oníricas, o doente, assaltado por alucinações visuais de caráter aterrorizante, agride os que procuram socorrê-lo, certo de que tem diante de si um inimigo.

Onde, porém, as psicoses auto-tóxicas dão margem a pendências de toda sorte é na órbita civil.

As auto-intoxicações evoluem comumente de forma insidiosa, medeando entre o período pré-psicótico e a psicose franca uma fase intermediária, de duração variável. Os átos praticados durante essa fase dão margem a discussões relativas à sua validade ou não.

A seguinte consulta, que nos foi dirigida a propósito de um caso de diabete, ilustra o que acabamos de referir.

CASO N.º 3. — *Diabete. Desordens neuro-psíquicas. Capacidade civil. Consulta.*

Nós, abaixo assinados, fomos convidados a emitir a nossa opinião sôbre as seguintes questões:

1.º) Pode o diabete provocar distúrbios nervosos ou mentais?

2.º) A existência de uma retinite de origem diabética é ou não indício de comprometimento do sistema nervoso?

3.º) Quais as perturbações psíquicas verificadas com maior frequência no decurso do diabete?

4.º) Verificada a existência de perturbações psíquicas num diabético, tem o mesmo capacidade para o exercício dos átos da vida civil?

Depois de estudarmos devidamente o assunto, julgamos poder dar as seguintes respostas :

A primeira pergunta está redigida como se segue — Pode o diabete provocar distúrbios nervosos ou mentais?

RESPOSTA. — Percorrendo-se a vasta bibliografia existente sôbre o assunto verifica-se que, já em 1839, MOUNNERET e FLEURY sustentavam ser possível isolar-se um grupo de psicoses diabéticas.

MARCHAL DE CALVI fez, depois, interessante trabalho sôbre o mesmo assunto, sustentando existir evidente relação entre o diabete e certas formas psicopáticas.

CLAUDE BERNARD, em seus memoráveis estudos relativos ao diabete nervoso, referiu-se à interdependência entre os fenômenos nervosos e a glicosúria.

BERNARD e FÉRE verificaram a existência, em certos diabéticos, de perturbações mentais assaz graves.

MADIGAN escreveu exaustivo trabalho assinalando a alternância de crises periódicas de mania e glicosúria.

SCHMIDT e FRERICHS notaram a presença de diabéticos numa percentagem de 1,2 e 1,7 % entre os alienados.

MABILLE e LALLEMAND, em trabalho relativo às psicoses diabéticas, salientam a existência do diabete num caso de melancolia, no qual as desordens mentais desapareciam quando cessava a glicosúria.

BOND publicou uma estatística relativa a 175 casos de alienação mental, dos quais 12 eram diabéticos. Casos de alienação mental atribuidos ao diabete são ainda apontados pelos seguintes autores — KEITH CAMPBELL, LÉPINE, MARIE E ROBINSON, LAUDENHEIMER, HOLSTEIN, VERGELY, INGENIEROS, MARCHAND E OLIVIER, ROMAN, PIERRE KOHN, KORSAKOFF, FROMM, FOURNAND, AYMES, HALBERSTADT E ARSINOLES, BONHOEFFER, VON NOORDEN, BEAUSSART, KRAEPELIN, CLOUZET, LAIGNEL LAVASTINE, VALENCE, COTARD, REDLICH, ARNDT, RÉGIS e tantos outros.

J. ROUBINOVITCH e TOULOUSE, no seu livro intitulado "La Melancolie", laureado pela Academia de Medicina de París com o prêmio "Lefèvre", afirmam à pág. 307 : "Os diabéticos caem frequentemente em estado de torpor intelectual, que tanto lembra a paralisia geral, a qual foi assinalada no correr do diabete (MARCHAL DE CALVI), tanto evoca a idéia de uma melancolia. Há, então, parada psíquica, parecendo relacionada com a desnutrição profunda que sobrevem no curso do diabete. Em outros casos há um estado francamente melancólico. As idéias de suicídio seriam mesmo frequentes, segundo LEGRAND DU SAULLE."

L. MARCHAND, in "Manuel de Médecine Mentale," comenta (pág. 375) : "O diabete é a causa da alienação mental ; a glicosúria aparece e desaparece ao mesmo tempo que os distúrbios mentais ; há paralelismo entre a marcha da alienação e a glicosúria. Admite-se, hoje, que a glicosúria provoca uma auto-intoxicação (acetonemia, ácido diacético, decomposição da albumina, hipoalcalinidade do sangue, hiperglicemia, vícios de nutrição do cérebro, etc.).

As perturbações mentais que aparecem nos diabéticos não têm caráter particular, permitindo precisar a origem. Para se firmar a etiologia, devemos nos apoiar, sobretudo, no paralelismo entre a marcha da alienação e a glicosúria. São tais fenômenos os mais variados e não diferem, em nada, dos que são encontrados no decurso das intoxicações. A confusão mental e o delírio alucinatório agudo são as formas mais frequentes ; assinalam-se, igualmente, a melancolia simples, a melancolia ansiosa, a melancolia delirante e a mania aguda".

RÉGIS, autor consagrado, que tanto se ocupou dos estados confusionais ligados às auto-intoxicações, dedica (pág. 695 do seu Tratado de Psiquiatria) um capítulo inteiro ao diabete, de onde extraímos êste trecho : "As psicoses diabéticas se manifestam, frequentemente, como todas as psicoses diatésicas, por acessos de melancolia, seja simples, seja ansiosa e delirante, de tipo remitente ou intermitente". Mais adiante, na mesma página, lemos : "Mas as psicoses diabéticas podem ainda se tra-

duzir por confusão mental e pelo delírio onírico alucinatório, como resulta dos fátos e descrições de LASÈGUE, LEGRAND DU SAULLE, KEITH CAMPBELL, J. VERGELY.

O Prof. A. MORSELLI, no seu "Manuale di Psichiatria", na parte consagrada às psicoses discrásicas, insere um capítulo atinente às psicoses de intoxicação diabética, onde se encontram (pág. 432) as seguintes linhas: "Aos sintomas próprios do diabete (poliúria, glicosúria, hálito acetônico, cárie dentária, catarata, ausência de reflexos rotulianos) se acompanham torpor mental, diminuição da memória, irritabilidade, hipocondria, menor atividade e sonolência.

Em alguns casos se podem também verificar estado de profunda depressão, delírio alucinatório, estados confusionais gravíssimos (coma diabéticum), com alucinações, idéias persecutórias, obsessão, impulsão, idéias de suicídio. Foi, também, descrita uma demência paralisiforme, na qual a acentuada fraqueza mental se acompanha de ataques epiletiformes, hemiparesia, exageração dos reflexos tendinosos."

No grande tratado de GILBERT BALLET, J. ROUBINOVITCH dedica um capítulo às desordens mentais nas auto-intoxicações (pág. 465), descrevendo em primeiro lugar — "Os distúrbios mentais ligados ao diabete". Dêsse trabalho recolhemos o seguinte trecho: "São os transtornos do caráter que constituem as primeiras manifestações das desordens mentais no diabete. O doente torna-se triste, silencioso, suscetível. Sua capacidade para o trabalho diminue. Há apatia com abulia. Um verdadeiro torpor intelectual pode se declarar e simular, assim, um enfraquecimento demencial, tanto mais quanto a palavra se torna difícil, mal articulada, a escrita relaxada, incorreta, a marcha incerta, o vigor dos esfínteres diminue, às vêzes com gatismo. Sôbre o fundo de depressão mental e enfraquecimento físico podem aparecer sintomas delirantes de natureza melancólica ou hipocondríaca, entre os quais as idéias suicidas são frequentes. Assinalam-se, outrossim, acessos de excitação, raptus melancólico com impulsões ao suicídio.

Tais manifestações psíquicas são, frequentemente, acompanhadas de narcolepsia com forma paroxística, descrita por LANDOUZY, G. BALLET, DUFOSSÉ, CHAUFFARD. Estas podem se terminar pelo coma, sôbre as quais pensamos dever insistir".

Trabalhos recentes, realizados por especialistas de nomeada, tratam do assunto, como se depreende do bem elaborado estudo do Prof. ANNES DIAS, "O Sistema Nervoso nas Glicopatias", transcrito no seu livro "Metabologia Clínica", onde encontramos (pág. 27), as seguintes referências: "Entre os distúrbios psíquicos, observáveis nos diabéticos, cita TANNHAUSER, que os considera frequentes, os seguintes: amnésia, abatimento, neurastenia e verdadeiras psicoses, como a chamada paralisia geral diabética, de VON NOORDEN, a nevrose da angústia, e, mais raramente, depressão mental ou excitação maníaca.

A patologia, a experimentação e a clínica afirmam as relações íntimas entre a hiperglicemia diabética e alterações nervosas várias, que ora desempenham um papel patogênico, ora refletem o distúrbio dos glicídios".

O número e a autoridade dos autores que acabamos de citar, aliados à nossa experiência pessoal, pois não poucas vêzes fomos chamados a prestar cuidados profissionais a diabéticos apresentando distúrbios nervosos e mentais, com os mesmos característicos descritos pelos autores já citados, nos autorizam a responder à primeira pergunta:

Sim, o diabete pode provocar tanto distúrbios nervosos como mentais.

2.º) Passaremos, agora, a estudar a segunda das questões que nos foram apresentadas — A existência de uma retinite de origem diabética é ou não indício de comprometimento do sistema nervoso?

RESPOSTA. — A retina não deixa de fazer parte do sistema nervoso. F. DE LAPERSONNE ET A. CANTONNET, no seu "Manuel de Neurologie Oculaire" (pág. 151), comentam: "A retina é um verdadeiro centro nervoso, porque contém o neurônio central, porque apresenta neuroglia e porque se desenvolve, não como um órgão à parte, mas como um prolongamento do cérebro; é, assim, um equivalente da subs-

tância parda da medula. No mesmo livro (pág. 345), aqueles autores cuidam da retinite diabética, afirmando: "A retinite diabética é frequente; ela representa um quarto das complicações oculares do diabete. HIRSCHBERG descreve três tipos: 1.º) A retinite central pontilhada, com hemorragias e exsudatos puntiformes, sobretudo no polo posterior; 2.º) A retinite hemorrágica com focos de degeneração, assemelhando-se muito à retinite nefrítica e não podendo ser diferenciada com segurança pelo exame oftalmoscópico; só o exame das urinas permitirá diagnóstico certo; 3.º) Formas raras, tais como a retinite pigmentária (com ou sem hemeralopia e estreitamento do campo visual), a trombose da artéria central da retina."

Isso pôsto, estamos suficientemente documentados para responder, pela afirmativa, à segunda questão que nos foi apresentada, considerando a retinite de origem diabética como indício de comprometimento do sistema nervoso.

Vamos, agora, nos ocupar da terceira pergunta, formulada do seguinte modo:

3.º) Quais as perturbações psíquicas verificadas com maior frequência no decurso do diabete?

RESPOSTA. — Um grande número de síndromos mentais pode se manifestar no decurso do diabete, como demonstrou ainda recentemente E. EY, no seu instrutivo trabalho "Glicemia e Moléstias Mentais".

Podemos, de acôrdo com aquele autor, dividir as manifestações nervosas verificadas no diabete em

a) *Apatia. Indiferença. Narcolepsia.*

LASÈGUE falava das perturbações do caráter no diabete como de uma "perda do apetite do pensamento".

BERNARD e FÉRE insistem sôbre essa apatia e indiferença observada no diabete. BALLET e KRAEPELIN tratam dos acessos de narcolepsia, que sobrevêm durante o diabete.

VERGELY assinala uma verdadeira inércia psíquica de que se ocupam também LANDOUZY, DUFOSSÉ, CHAUFFARD. MERY e FASSY descrevem, entre os transtornos do caráter, "uma sorte de egoismo particular" que precederia ao coma.

b) *Estados confusionais. Onirismo.*

LEGRAND DU SAULLE, BEAUSSART, RÉGIS, LASÈGUE se referem aos estados confusionais com ou sem onirismo, surgindo nos diabéticos.

c) *Epilepsia.*

As crises convulsivas são relativamente pouco frequentes no diabete, segundo VIGOUROUX. BONHOEFFER considerava-as como concomitantes do diabete ou consecutivas a lesões cerebrais determinadas pela intoxicação diabética.

d) *Excitação maníaca.*

C. FORNACA, PILZ, COHN e MADRIGAN se referem à associação de acessos maníacos-depressivos e de diabete. PILZ cita uma observação de um velho diabético, que apresentava acessos de mania, por êle atribuidos à artério-esclerose diabética e à senilidade.

e) *Síndromos alucinatórios.*

MENDEL publicou a observação de um delirante sistematizado com estados alucinatórios, produzindo-se quando cessava a glicosúria. HALBERSTADT e D'ARSINOLES, LAIGNEL LAVASTINE e VALENCE observaram também casos assaz interessantes em que havia distúrbios sensoriais.

f) *Estados obsidentes. Psicastenia.*

OBERTHUR e CHENAIS referem-se a um caso de psicastenia devido ao diabete. LEEGEN, SENGÉS, também observaram casos análogos.

g) *Síndromos de depressão melancólica.*

São os síndromos de depressão melancólica os mais numerosos, como já assinalára LEGRAND DU SAULLE, que os considerava como verdadeiramente caracterís-

ticos das psicoses diabéticas. Quasi todos os alienistas se ocupam desta forma, sendo de se destacar, pela importância que consagram ao assunto, MARIE e ROBINSON, LIEBE, CAMPBELL, MABILLE e LALLEMAND, KAUFFMANN, PIERRE KOHN, POROT, RÉGIS, ROGUES DE FURSAC, MARCHAND, BONHOEFFER, VON NOORDEN.

h) *Pseudo paralisia geral diabética.*

INGENIEROS, PETIT e MARCHAND, KRAEPELIN, FROMM, RÉGIS descrevem um quadro composto de manifestações neuro-mentais, que podem simular a verdadeira paralisia geral, de origem sifilítica.

* * *

Assim, em que pese a opinião, aliás muito respeitável, do insigne mestre PEDRO ESCUDERO, de Buenos Aires, o seu parecer, segundo o qual "nunca lhe foi dado observar relação alguma entre a perturbação mental e o diabete", não pode invalidar a de tantas autoridades de renome mundial, como o são as acima citadas.

4.º) PERGUNTA. — Verificada a existência de perturbações psíquicas num diabético, tem o mesmo capacidade para o exercício dos átos da vida civil?

RESPOSTA. — Verificada a existência de perturbações psíquicas num diabético, tão graves que o inibam de apreciar devidamente a sua situação, privando-o, também, da capacidade de gerir a sua pessoa e administrar os seus bens, ficará o mesmo, evidentemente, incapaz para o exercício de todos os átos da vida civil.

Tal é o nosso parecer.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.

(*a.*) Dr. VIRGILIO DE CAMARGO PACHECO.

PSICOSES HÉTERO-TÓXICAS

a) ALCOOLISMO

1. Definição. – 2. Causas e consequências. – 3. Consumo de alcool no Brasil. – 4. A embriaguez aguda. – 5. Embriaguez patológica. – 6. Delírio alcoólico. – 7. Delirium tremens. – 8. Confusão mental alcoólica. – 9. Demência alcoólica. – 10. Delírio de ciume. – 11. Epilepsia alcoólica. – 12. Prognóstico. – 13. Tratamento. – 14. Aplicações médico-legais.

1. Definição. — Em fins do século XIX, um médico suéco, de nome MAGNUS HUSS, empregou pela primeira vez a expressão *alcoolismo* para designar o conjunto de sintomas físicos e psíquicos resultantes do uso abusivo do alcool.

As desordens psíquicas consequentes à intoxicação alcoólica se filiam ao chamado alcoolismo cerebral.

2. Causas e consequências. — Velho como a humanidade, o alcool é um dos maiores flagelos, não só para o indivíduo que a êle se entrega como também para a sua descendência.

As bebidas fermentadas eram usadas já em tempos imemoriais. Mas as distiladas, que são as mais nocivas, só se tornaram conhecidas após a descoberta da distilação, no século XI, o que se deve ao químico árabe ALBUCASIS.

As bebidas fermentadas não contêm percentagem de alcool superior a 12 e a 14 por cento, pois que acima dêsse ponto de concentração a toxina alcoólica destrói os germes-fermentos que a produziram.

Dentre as numerosas variedades de bebidas alcoólicas encontradas no comércio, uma das mais nocivas para o sistema nervoso é, sem dúvida, o absinto, responsável por uma das formas mais graves do alcoolismo cerebral, que é o *delirium tremens*.

Entre nós, a aguardente de cana é a bebida mais vulgarizada na classe pobre, provocando o chamado alcoolismo domingueiro: nos dias de festa e nos feriados os lavradores se reunem nos arraiais e nas vilas para se entregarem a libações alcoólicas.

O mesmo fazem os operários nas grandes cidades e, sob a ação do alcool, uns e outros são levados, não raro, a praticar átos delituosos.

Segundo estatística publicada pela Secção de Medicina e Criminologia da Penitenciária do Estado de São Paulo, verificaram-se os

seguintes resultados no que toca à distribuição dos homicídios pelos dias da semana: 283 nos domingos; 112 nas segundas-feiras; 99 nas terças; 100 nas quartas; 86 nas quintas; 92 nas sextas e 142 nos sábados.

Em relação ao alcoolismo cerebral, uma estatística por nós recolhida no Hospital de Juquerí, em 1928, forneceu os seguintes dados: em 348 homens entrados naquele Hospital, 130 abusavam do alcool e apresentavam distúrbios mentais em consequência dos seus efeitos; em 156 mulheres, 13 eram alcoolistas habituais. Temos, portanto, em 504 indivíduos recolhidos a um hospital psicopático, 143 alcoolistas, o que nos dá uma percentagem de 28,95% de alienados contando o alcoolismo nos seus antecedentes.

A nossa estatística é exatamente igual às do Rio de Janeiro e de París, que acusam de 28 a 30% para a quota da psicose alcoólica entre os recem-internados nos vários hospitais psiquiátricos.

Êsses algarismos são, a nosso ver, suficientemente demonstrativos para provarem que o alcoolismo entre nós constitue um problema dos mais graves para a nacionalidade.

Outro preconceito errôneo, hoje muito vulgarizado, decorre do fáto de muitos não se considerarem alcoolistas porque não chegam a embebedar-se, certos de que o alcool só é nocivo quando provoca a embriaguez. Entretanto, KRAEPELIN e seus discípulos demonstraram que doses relativamente pequenas de alcool são suficientes para agirem sôbre a atividade cerebral, diminuindo a capacidade intelectual — "erros de adição, dificuldade em decorar, diminuição do juízo crítico e rebaixamento das funções intelectuais". Em outros casos, o alcool atua aumentando a excitabilidade psico-motora, gerando átos impulsivos.

Não é só pela percentagem das psicoses alcoólicas que se pode ajuizar dos prejuízos do alcoolismo sôbre o psiquismo humano, pois que o alcool atua frequentemente como concausa, despertando psicoses latentes que muito provavelmente jamais explodiriam sem o concurso dêsse tóxico.

Entre nós o alcoolismo é, sobretudo, o resultado do analfabetismo, da falta de educação das massas, que desconhecem os efeitos prejudiciais do alcool, da falsificação das bebidas alcoólicas e de múltiplos outros fatores, aos quais, infelizmente, não são estranhos, nas grandes cidades, a civilização e o progresso. Consequências dessa incúria se nos deparam nas penitenciárias, nos manicômios judiciários e nos hospitais psicopáticos. E' o crime do alcoólatra; é delinquência do predisposto que se alcooliza; é, finalmente, a demência do alcoolista crônico.

3. Consumo de alcool no Brasil. — Para se avaliar do consumo interno de alcool no Brasil, o Dr. SEVERINO LESSA adotou a seguinte fórmula :

Consumo = importação + fabrico — exportação.

Eis o resultado a que chegou o nosso ilustre patrício, adotando êsse critério :

Exportámos, em média, de 1918 a 1925 (oito anos), de :

	Litros
Cervejas	59.574
Vinhos	12.214
Aguardente	296.333
Bebidas não especificadas.	7.252
Total	375.373

O alcool absoluto contido nessa exportação correspondia a 167.907 litros.

A média anual, de 1916 a 1924 (nove anos), da importação foi de 29.045.014 litros, com 3.443.587 litros de alcool absoluto.

Assim, tomando por base o alcool absoluto contido, exportámos, em médias anuais, 167.907 e importámos 3.433.587 litros, havendo, portanto, um saldo da importação sôbre a exportação de 3.265.680 litros.

A nossa produção foi, em média, de 1916 a 1924 (nove anos), de :

	Litros
Aguardente	114.474.176
Outras bebidas.	124.898.021

com o seguinte conteúdo em alcool :

	Litros
De aguardente.	61.530.054
De outras bebidas	9.576.240
Total	71.106.294

Êsse número, reunido ao saldo da importação sôbre a exportação, eleva a 74.549.881 o total do nosso consumo em alcool absoluto.

Calculando a nossa população atual em 31.062.450 habitantes, chega-se a um consumo, *per capita*, de dois litros 2.40.

Isso, se representa a metade do que bebem os holandeses, comenta o Dr. SEBASTIÃO BARROSO, é contudo mais de 50% do que os ingleses, "povo mal reputado no assunto".

Dêsse oceano de alcool, 82% são ingeridos sob a forma de aguardente ; 18% ficam para todas as outras formas.

4. A embriaguez aguda. — Ingeridas em quantidade mais ou menos apreciável, conforme a tolerância do indivíduo, as bebidas espirituosas provocam uma intoxicação passageira, que é a denominada *embriaguez*. Esta pode ser dividida em três fases — sub-aguda, aguda e super-aguda, sem que se possa, entretanto, estabelecer uma linha divisória nítida entre cada uma delas.

LOMBROSO se referia a uma lenda árabe, segundo a qual o primeiro a plantar a vinha teria sido não Noé, mas Adão, tendo o diabo irrigado a videira com o sangue de três animais : do macaco, do leão e do porco. Êsses três animais simbolizariam as três fases da embriaguez : na primeira, o indivíduo se tornaria irrequieto e buliçoso ; na segunda, violento e agressivo ; na terceira, sórdido.

Logo após a ingestão do alcool se anunciam os primeiros efeitos por sensação de alegria, de bem estar e de otimismo. O ébrio se mostra então mui loquaz, extremamente instável ; a fisionomia se anima, os olhos parecem mais brilhantes que habitualmente, as idéias se associam de modo mais rápido, dando ao alcoolista a falsa impressão de maior capacidade intelectual. Os centros nervosos superiores deixam de exercer a sua ação frenadora sôbre os inferiores, donde os átos impulsivos e as inconveniências praticadas pelo alcoólatra, que, sem a auto-crítica necessária, privado da censura, diz leviandades, manifesta propósitos descabidos, trái segredos da vida íntima — *in vino veritas*. Mas nem sempre o alcool age nessa fase despertando alegria, pois há pessoas que, pelo contrário, caem em depressão, num estado de grande tristeza e acabrunhamento, chorando, lamuriando-se e buscando confidentes para as suas máguas. (Vinho triste).

Passada essa primeira fase, sobrevém um período de acentuada irritabilidade, com tendência para os átos de violência. O etilista, que momentos antes se mostrava acolhedor e expansivo, passa a provocador, insolente, desrespeitador e impulsivo. Nesse estado se torna perigoso e é nessa fase que ocorre a maior parte dos átos criminosos. A seguir, as idéias vão se tornando confusas, a linguagem já é então descosida e incoerente. Às desordens psíquicas vêm se juntar as motoras : é a marcha dita ebriosa, são os gestos incoordenados, é o tonus muscular que se relaxa, é a palavra que se torna lenta e arrastada, é a sensibilidade cutânea que se embota.

Por fim se instala o terceiro período, também chamado *comatoso*. O bêbado não consegue manter-se de pé sem se apoiar ; caminha, assim, colado às paredes, apoiando-se nos móveis ao seu alcance. Finalmente, nem assim consegue sustentar-se : cái, para não mais se levantar, mergulhando logo a seguir num profundo sono, numa verdadeira apoplexia comatosa. Surgem então os vômitos, a anestesia é completa,

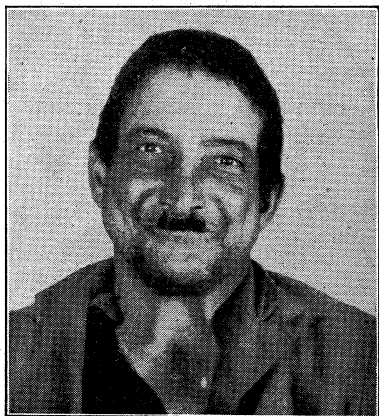



Fig. 12 — Alcoolista crônico em estado eufórico

(Observação do autor)

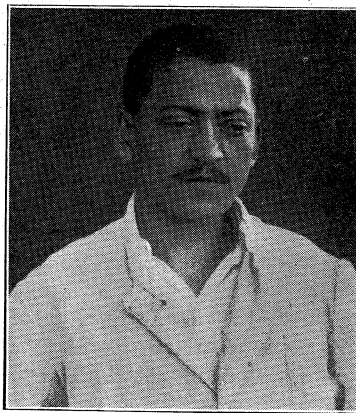



Fig. 13 — Fisionomia apatetada num débil mental alcoolista

(Observação do autor)

os membros caem inertes, os reflexos não reagem mais, as pupilas, dilatadas, se mostram indiferentes à ação da luz. Os esfínteres, relaxados, acarretam a emissão involuntária de urina e fézes. Totalmente embrutecido, coberto de suor e de imundície, o etilista não dá mais acôrdo de si.

5. ***Embriaguez patológica.*** — Ao lado da embriaguez simples, também dita fisiológica, há uma outra forma muito mais grave, que ocorre nos indivíduos predispostos, nos tarados, nos heredo-alcoolistas, nos quais uma pequena parcela de alcool pode desencadear acessos furiosos, átos de incrível violência, ataques convulsivos. E' a chamada embriaguez patológica.

VIBERT descreve quatro tipos diferentes :

1.º) Embriaguez agressiva e violenta. Esta forma é devida sobretudo à intoxicação provocada pelo chamado alcool de indústria, pelas bebidas distiladas, que são sobremodo perniciosas. O etilista se mostra então taciturno, agressivo e comete facilmente assassinatos, que, pela segurança com que são executados, dão perfeita impressão de terem sido premeditados.

2.º) Embriaguez excito-motora. Nesta, o bêbado, após um período de breve inquietação, é acometido por acessos de raiva cega e destrutiva, durante os quais age com grande e desmedida violência, seguindo-se uma amnésia lacunar.

3.º) Na chamada embriaguez convulsiva, o doente, depois de manifestar impulsos destruidores e sanguinários, é assaltado por uma crise convulsiva, em tudo idêntica à epilética.

4.º) Temos, finalmente, que considerar a embriaguez delirante, caracterizada pelo aparecimento de delírios sistematizados ou não, de colorido triste, com marcada tendência para as idéias de auto-acusação.

A embriaguez patológica, sob qualquer das suas formas, tem especial interêsse médico-legal.

São conhecidos indivíduos turbulentos, de caráter epileptoide, nos quais a menor dose de alcool age como uma verdadeira pedra de toque, denunciando grande vulnerabilidade do sistema nervoso à sua ação. Quando embriagados, êsses indivíduos são tomados por um verdadeiro acesso de furor e, libertos da ação frenadora, que no estado normal domina os seus instintos e as suas propensões para o mal, agem sem medir as consequências dos seus átos, removendo à mão armada, sem intimidação, os obstáculos que se pretendam contrapor aos seus desatinos.

6. Delírio alcoólico. — O delírio alcoólico é um dos quadros mais frequentes dentre os múltiplos observados em consequência da intoxicação etílica. Êsse delírio é observado, em regra, quando o paciente se excede mais do que habitualmente nas suas libações. Seria, assim, um verdadeiro episódio agudo sobrevindo no curso de uma intoxicação crônica.

Em outros casos, o delírio alcoólico se prende a um fáto ocasional, como, por exemplo, um traumatismo ou uma doença intercorrente.

Têm-se descrito e são assaz frequentes as formas delirantes manifestadas pelos alcoólatras acometidos de pneumonia ou daqueles que são vítimas de um traumatismo. Neste último, há necessidade de se considerar a sua importância sob o ponto de vista dos acidentes no trabalho.

Conforme o seu grau, o delírio alcoólico se divide em três tipos: sub-agudo, agudo e super-agudo.

A forma sub-aguda é a mais frequente e se caracteriza inicialmente por um estado de irritabilidade, de angústia, de impressionabilidade, para depois se manifestar o delírio. Surge insônia agitada, o alcoolista dorme pouco e o sono é povoado de pesadelos horríveis, tendo por tema questões relacionadas com as ocupações habituais do doente. Trata-se do *delírio onírico*, com caráter profissional. Um *chauffeur*, por exemplo, sonha que está na direção do seu carro. O breque se parte, o automóvel cái em despenhadeiros; sofre desastres os mais graves.

Há no delírio alcoólico um fundo terrificante: zoopsias, isto é, visões de animais, sobretudo de animais ferozes, que se precipitam

sôbre o doente. Êste se entrega a lutas com bandidos, participa de batalhas sangrentas, busca fugir de incêndios pavorosos.

Como nos estados febrís, muitas vêzes o delírio alcoólico sub-agudo surge apenas no decorrer da noite, para desaparecer durante o dia, com ou sem a conservação de idéias fixas post-oníricas.

Por vêzes, o alcoolista delirante busca fugir à ação dos seus inimigos imaginários e corre aterrorizado e espavorido. Nesse estado oferece grande perigosidade porque, se alguém procura embargar-lhe os passos, reage com violência, de uma forma imprevista e instantânea.

O delírio agudo se produz nas mesmas condições do sub-agudo, apenas com menor intensidade. A insônia é então absoluta. Surgem numerosas idéias delirantes de perseguição, de ciume, de auto-acusação e hipocondríacas. Têm-se registrado casos de tentativas de suicídio em alcoolistas apresentando o delírio agudo.

Nas formas super-agudas a excitação atinge o seu auge ou então o alcoólatra cái em estado de estupor, com fenômenos de confusão mental.

Ao lado dos sinais somáticos observados no decurso do delírio alcoólico — tremores, estado saburral das vias digestivas, náuseas, exaltação dos reflexos — há formas, porém, em que êstes se tornam abolidos. Isto se dá sobretudo numa modalidade de psicose alcoólica, dita polinevrítica, descrita pelo psiquiatra russo KORSAKOFF.

7. Delirium tremens. — Quando o delírio alcoólico se acompanha de febre, estado tóxico, grande fraqueza, desordens musculares intensas com tremores e abalos repetidos dos membros, trata-se em regra de um caso de *delirium tremens,* quadro êste magistralmente descrito por MAGNAN e cujo prognóstico é muito grave.

Entre nós são relativamente raros os casos de *delirium tremens,* o que se deve sobretudo ao consumo relativamente diminuto de absinto no nosso meio. Entretanto, já temos observado casos de *delirium tremens* em alcoólatras inveterados que abusaram de whiskeys, cock-tails e aguardente.

8. Confusão mental alcoólica. — Muitas vêzes, o delírio alcoólico não se desvanece prontamente e o doente cái em estado confusional, apresentando desorientação, tanto no espaço como no meio e no tempo, e grave comprometimento da memória.

O estado confusional dos alcoólatras é idêntico ao que se observa nos demais estados confusionais, notando-se apenas a predominância das formas alucinatórias, se bem que se possa verificar a forma de confusão mental apática ou estúpida.

9. Demência alcoólica. — O quadro mórbido que se nos depara na intoxicação alcoólica crônica é representado por uma perversão do

caráter, por grande decadência intelectual e sobretudo moral. Na esfera física notam-se tremores da língua e dos dedos, mais acentuados sobretudo pela manhã, antes da ingestão do alcool; sensação de adormecimento dos membros inferiores; pupilas desiguais, reagindo preguiçosamente à ação da luz; impotência sexual.

O aspecto do paciente trái frequentemente o seu vício: facies vultoso, olhos salientes, brilhantes e injetados; ligeira icterícia; dilatação periférica dos vasos, em particular na altura do nariz, emprestando ao doente um aspecto particular — *facies potatorum.*

Incapaz da menor elaboração intelectual, abúlico, egoista, desleixado, desafeiçoado, relapso no cumprimento das suas obrigações, o alcoolista crônico não tem outra preocupação senão a de extorquir dinheiro da família, para entreter o seu vício nefando. Torna-se brutal e ameaçador, procurando impor pela fôrça a realização dos seus desejos, ou então procurando humilhar-se com hipocrisia, fazendo crer, com falsas promessas, na modificação de sua conduta e na sua regeneração.

Os alcoolistas crônicos se entregam à vadiagem, a átos impulsivos, atentados ao pudor, às agressões. Assim, passam a vida entrando e saindo dos hospitais, das prisões e dos manicômios, como verdadeiros parasitas sociais.

10. Delírio de ciume. — A intoxicação etílica desperta muitas vêzes o aparecimento de um quadro mental hoje perfeitamente conhecido pela denominação de delírio de ciume, que tanto pode ter por base alucinações como interpretações delirantes.

O alcoolista que manifesta delírio de ciume vive em constantes dissenções conjugais. Torna-se impotente e percebe a frieza, a aversão e a repulsa que lhe vota a espôsa. Começa então a atribuir essa atitude para com êle não ao seu vício, que o torna repelente, mas à dedicação amorosa a um terceiro. E pela sua mente mórbida passam então idéias as mais incríveis. Desconfia dos vizinhos, dos amigos, e não trepida em apontar os próprios filhos como autores da sua infelicidade conjugal. À noite, fica de espreita, buscando ouvir rumores de portas e janelas que se abrem, julgando que os seus rivais penetram em sua casa a altas horas. Se a mulher sai para fazer uma compra, ou se percebe uma *toilette* melhor cuidada, logo êle se capacita da veracidade das suas suspeitas e vai assim, por falsas interpretações ou por alucinações, se convencendo cada vez mais da traição conjugal. Torna-se indivíduo sobremodo perigoso, agride pessoas inocentes que aponta como amantes de sua espôsa. Tenta assassinar a consorte, que não raro termina pagando com a vida tamanha desdita. (V. caso n.º 6).

11. Epilepsia alcoólica. — Muitos etilistas, após o uso imoderado de bebidas alcoólicas, começam a apresentar crises epiléticas, que na maioria das vêzes desaparecem cessada a intemperança.

A epilepsia alcoólica se caracteriza pelo fáto de surgir na idade adulta, após o uso desbragado do alcool, e se manifesta por acessos violentos mas espaçados, por vêzes do tipo jacksoniano, isto é, iniciando-se por pequenas convulsões localizadas, que depois se generalizam sem que sejam precedidas de auras.

Muitos autores acreditam que a epilepsia alcoólica só se desenvolve nos indivíduos portadores da chamada constituição epileptógena.

A qualidade das bebidas alcoólicas ingeridas parece também influir de uma forma decisiva para a instalação dêste quadro clínico, pois que quasi sempre se o observa naqueles que abusam das bebidas distiladas.

Sob o ponto-de-vista médico-legal, os indivíduos que apresentam a epilepsia alcoólica devem ser equiparados aos portadores do mesmo síndromo provocado por outros agentes.

12. Prognóstico. — O prognóstico do alcoolismo depende de múltiplos fatores, sobretudo da constituição do indivíduo. Existe a chamada constituição *toxicófila*, isto é, um estado constitucional que leva o indivíduo a se entregar à ingestão de bebidas alcoólicas ou, quando não, ao uso de outros tóxicos. Costuma-se dizer que o indivíduo que se entrega ao abuso do alcool, revelando grande fraqueza da vontade e completa indiferença pelas consequências resultantes do vício, já é um doente antes mesmo de se alcoolizar.

Há o chamado alcoolismo *hereditário*, onde, ao lado da tendência ancestral, o exemplo tem evidente papel.

Na Alemanha, a lei de profilaxia à hereditariedade mórbida é aplicada também ao alcoolismo, pois que a linhas 3 do parágrafo 1.º determina que quem sofrer de alcoolismo grave poderá ser esterilizado. Para a aplicação dessa lei se consideram como alcoolismo grave as formas em que o viciado se mostra inveterado através das experiências e penas sofridas, perdas de emprêgo e de fortuna, internações, interdição e outras medidas anteriormente tomadas sem resultado.

A maior parte dos casos de alcoolismo crônico, de *delirium tremens*, de psicose alcoólica e de Korsakoff se enquadram dentro dos dispositivos daquela lei.

O prognóstico do alcoolismo se torna mais favorável quando se trata do chamado *alcoolismo acidental* e quando o ambiente favorece o abuso de bebidas. Entretanto, o prognóstico não deixa de ser reservado nas diversas formas de alcoolismo crônico, dada a frequência das recidivas.

O prognóstico é também desfavorável nos indivíduos já idosos e com indícios de artério-esclerose adiantada.

13. Tratamento. — Na fase aguda podemos administrar amoníaco em gotas, acetato de amônio, injeções de éter. A lavagem do

estômago é também aconselhável. Nas formas de alcoolismo *a potu suspenso* se impõe a administração de pequenas poções de alcool e tônicos cardíacos, poção de TODD, por exemplo, associada à digitalis.

Nos casos de *delirium tremens* há necessidade de se praticar a retirada de pequena quantidade de líquido céfalo-raqueano por punção sub-occipital ou lombar, além do emprêgo de drásticos e diuréticos.

Nas formas polinevríticas justifica-se o emprêgo da estricnina em doses crescentes.

Em se tratando de alcoolismo crônico, faz-se absolutamente indispensável a internação em sanatório adequado pelo espaço mínimo de seis meses.

Ao par da terapêutica desintoxicante e do cuidado das funções hépato-renais, cumpre a adoção de medidas de higiene física e mental, ao lado do tratamento moral.

A auto-hemo-terapia, e sobretudo o chamado *método dos reflexos condicionados*, têm hoje grande voga. Êste método consiste em se dar a ingerir ao indivíduo a bebida a que êle habitualmente se entrega e fazendo-se, a seguir, injeções de Apomorfina, para provocar o vômito. Ao fim de algum tempo, estabelece-se um reflexo condicionado ; independente da injeção de Apomorfina, logo após a ingestão da bebida alcoólica o etilista sente enjôos, náuseas, a que se seguem vômitos.

Assim, abandona êle, após o tratamento, o uso das bebidas alcoólicas.

14. Aplicações médico-legais. — Ao abordar o problema médico-legal do alcoolismo, há a se distinguirem as reações provocadas pelos indivíduos em estado de embriaguez aguda, das que são levadas a efeito pelos alcoolistas crônicos.

Já nos referimos às diversas formas da embriaguez patológica, nas quais o alcoólatra tem acentuada tendência para a delinquência. Os anais policiais estão repletos de crimes praticados por indivíduos em estado de embriaguez, sobretudo agressões, tentativas de homicídio, atentados ao pudor, furtos, vagabundagem, etc.

O delírio de ciume dos alcoólatras conduz muitas vêzes o etilista a assassinar a espôsa ou a amante.

De acôrdo com o atual Código Penal Brasileiro, entre as circunstâncias atenuantes figura : "Art. 42 § 10 — Ter o delinquente cometido o crime em estado de embriaguez incompleta, e não procurada como meio de o animar à perpetração do crime, não sendo acostumado a cometer crimes nesse estado."

Não estão concordes, porém, os criminalistas no que diz respeito à embriaguez como atenuante. Assim, na Inglaterra e nos Estados Unidos, o fáto do indivíduo cometer o crime em estado de embriaguez não atenua a culpabilidade. Na França é conferida ao juiz a liberdade de apreciação.

No projeto "Alcântara Machado" lê-se:

ART. 17. Não autorizam nem a isenção nem a diminuição da pena:

II) a embriaguez pelo alcool ou substância de efeitos análogos, salvo se devida a caso fortuito ou fôrça maior.

ART. 45. São circunstâncias que agravam o crime, quando não o constituem ou qualificam, tê-lo cometido o agente:

IV) depois de se embriagar propositadamente para cometer o crime;

VII) com o emprêgo de tóxico, sevícias ou outros meios insidiosos ou cruéis.

ART. 78. Presumem-se indivíduos perigosos, pelo que deverá sempre o juiz submetê-los à medida de segurança adequada:

III) os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo alcool ou substância de efeitos análogos, quando habitual a embriaguez.

ART. 91. Poderão ser internados em casa de custódia e tratamento, se não parecer melhor ao juiz submetê-los a liberdade vigiada ou se as obrigações desta forem transgredidas:

IV) durante seis meses, pelo menos, e ainda que a pena aplicada seja por tempo menor, o condenado a pena restritiva da liberdade, por crime cometido em estado de embriaguez habitual pelo alcool ou substância de efeitos análogos.

CASO N.º 4. — *Duplo assassinato. Delírio alucinatório agudo alcoólico.*

O paciente — Paulo M. — de côr branca, 43 anos de idade, italiano, natural de Telgate, casado, mecânico, — pronunciado pelo M. Juiz da 3.ª Vara Criminal da Capital como incurso (2 vêzes) no art. 294 § 2.º do Código Penal, veio ter ao Manicômio Judiciário em 3 de Junho de 1931 para o exame mental solicitado pelo referido Juiz.

DADOS SÔBRE O CRIME. — Em fins de Março de 1928, Paulo M. perambulava pelo bairro de S. Caetano armado com uma espingarda calibre 16, pretextando pretender caçar. Na manhã de 28 de Março, passando em frente a uma janela aberta, depara com Paulo E. C. e sua mulher Dra. A., os quais não conhecia, e contra êles desfecha dois tiros de espingarda, prostrando-os mortos.

Praticado o delito, o criminoso dirige-se despreocupadamente para um bar, onde foi prêso por um inspetor de segurança, que assim narra a prisão: que no áto desta não notára o mais leve sinal de embriaguez do acusado, que, ouvira dizer, perambulava pelas ruas a beber nos três dias que antecederam ao crime e ainda em outros a êstes anteriores; informa, finalmente, que, ao ser prêso, Paulo M. confessou a autoria do crime, com o qual não se satisfazia, porquanto sua ação deveria estender-se ainda a outras pessoas.

Outra testemunha, informante, observou que "nenhum motivo havia para a prática dêsse horroroso crime, pois as vítimas nunca fizeram mal ao denunciado nem com êste mantiveram relações de espécie alguma". O acusado fôra visto pelo depoente, certa vez, "um pouco embriagado".

As declarações feitas a nós pelo indiciado estão de pleno acôrdo com as retro mencionadas.

Indagando-se do móvel do crime, presta-nos úteis e interessantes informações, que serão explanadas na parte referente à anamnese, após terem sido considerados seus antecedentes.

ANAMNESE. — ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Pais mortos e, parece, de ictus apoplético. O pai fazia largo uso de bebidas alcoólicas. Tem um irmão alienado, na Itália.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — 1) *mórbidos :* — tifo, gastro-enterite, reumatismo articular agudo, epistaxis com frequência, blenorragia, em épocas pouco precisas. Além disso, aos 20 anos teve um acesso de "nervoso cardíaco" ; 2) *outros antecedentes :* — instrução elementar na infância e depois conseguiu, com seu próprio esfôrço, adquirir algumas noções de francês, música e mecânica. Como mecânico trabalhou a princípio numa casa de máquinas para o fabrico de pregos, depois em fábricas de botões, até a época do episódio delituoso.

No seio da família viveu até os 17 anos. Deixou-a por incompatibilidade com a madrasta. Aos 30, casou-se, e quando veio para o Brasil, em 1924, já lá deixára 4 filhos.

Sempre de bom humor, disse "não me recordo de ter brigado com alguém".

Além dos antecedentes apontados, convém salientarmos os seguintes :

Desde que saiu da casa paterna, aos 17 anos portanto, seu regime de vida mudára inteiramente e aos poucos se habituara com o uso de uma série de bebidas alcoólicas, para nunca mais abandoná-las de vez, até sua reclusão.

Fazendo uso delas ao café da manhã, às refeições, em quantidade relativamente moderada "pro dóse" e só de quando em vez em quantidade excessiva, apresentou sérios distúrbios mentais que motivaram sua internação em Manicômios, na Itália, sendo a primeira por volta de 1918 e as demais, 3 ou 4, até a data de sua vinda para o Brasil — 1924.

Era tal a sua conduta durante as crises, quer em casa, quer na rua, que a internação se tornava uma necessidade. Temia ser assassinado pelas pessoas que frequentavam sua casa e por isso fechava as portas para delas se livrar.

Uma ocasião, fugindo às perseguições oriundas de seus distúrbios mentais, foi prêso. Tal episódio assim pode ser resumido :

Trabalhava na fábrica de botões de C. Grassi (Itália) e com êste palestrava uma certa noite. Despediu-se o paciente, pretextando ir acomodar-se. Fê-lo, mas ainda não havia conseguido conciliar o sono quando se viu surpreendido por vozes de amigos que queriam matá-lo. Sobressaltado, levantou-se, correu à rua para fugir de seus perseguidores, forçou a entrada de um prédio daquela via e após ter produzido grande ruido conseguiu entrar e esconder-se num depósito de carvão. Logo encontrado pelas pessoas da casa, foi pelos carabineiros conduzido à delegacia. Com a chegada alí de amigos, o paciente conseguiu sair fàcilmente pouco depois.

Dirigiu-se à casa de um dos amigos e reunidos passaram a comentar o fáto daquela noite. Sentindo falta de cigarros, quís retirar-se para adquirí-los, mas, ao chegar à porta, recuou, pois os transeuntes também conspiravam contra êle. Vendo-se sèriamente ameaçado, tentou suicidar-se, lançando mão para tal de um canivete que trazia e com êle se feriu ao nível da fúrcula esternal. Dêsse ferimento resta hoje uma cicatriz. A cena terminára com a reclusão do paciente no Manicômio para a desintoxicação.

De outra feita, na confusão das vozes que tramavam contra sua vida, observára outras de defesa, que lhe indicavam o caminho pelo qual poderia fugir à perseguição.

Com a sua vinda para o Brasil, não cessou a série de episódios semelhantes aos experimentados na Itália.

Logo que chegou, foi a Taubaté, onde residia um irmão. Sentindo-se novamente ameaçado por vozes, pensou em deixar aquela cidade com destino ao Rio, e a pé, foi ter a Pindamonhangaba, onde passou alguns dias recolhido à cadeia, para depois ser reconduzido a Taubaté. Em seguida procurou São Paulo, afim de trabalhar em São Caetano. Aquí não se demorou e escolheu Pernambuco para sua residência. Os mesmos hábitos, porém, alí o levaram a sentir-se novamente perseguido, ouvindo vozes de seus amigos e a ver-se ameaçado por animais

ferozes. Nestas condições, deixou aquele Estado, voltando para o Sul do país, demorando-se, porém, algum tempo no Rio antes de vir a São Paulo, a São Caetano, onde já havia trabalhado e veio a perpetrar o crime de que é acusado, no decurso de um episódio delirante, que mais uma vez se desencadeara.

Vamos resumí-lo porque é o de maior interêsse na apreciação médico-legal do presente caso. Diz o paciente que alimentava a idéia de se transferir para o Uruguai, pensando em gozar das vantagens que o câmbio de lá lhe oferecia na aquisição da moeda italiana que costumava remeter à família, e comunicou sua resolução ao proprietário da fábrica onde ainda trabalhava.

A-pesar-de que a êste não tivesse agradado a notícia, disse "continuei a trabalhar lá, mas deixei a sua casa para passar à de um outro amigo". Algumas contrariedades fizeram-no perder o apetite e inteiramente insone e sentindo-se mal, ficára uma semana afastado da fábrica. Nesse tempo continuou fazendo uso de bebidas alcoólicas. Não tardou o aparecimento de zumbidos nos ouvidos ("fischio") e, aos poucos, foram surgindo vozes, indistintas a princípio, nítidas depois, provindas não sabia donde. Ao passo que tais sensações o deixavam cada vez mais ansioso, novas "doses" ingeria. As vozes se intensificaram e por elas era injuriado e ameaçado. O argumento sôbre que versavam era único — o paciente.

Procurou impedí-las, obturando o conduto auditivo externo com algodão, mas sem resultado.

Contra a insônia, experimentou veronal e outros hipnóticos e sedativos. Sentindo-se melhorado afinal, foi à fábrica onde não aparecia já havia cêrca de uma semana e alí, chegando pela manhã e mal podendo manter-se, ficára até 11 horas.

Incapaz de trabalho produtivo, não tolerava o ambiente em que até no ruido das máquinas distinguia versos, música, etc. Nessas condições, resolveu voltar e ao chegar à casa ingeriu uma garrafa de vinho. As vozes recrudesceram e o paciente, não tendo dúvida da perseguição que lhe moviam, pensou em reagir e para isso foi pedir emprestada a espingarda de um amigo, sob pretêxto de ir caçar.

Nesse tempo é que fôra visto armado pelo bairro de São Caetano para afinal, na manhã seguinte, perpetrar o crime já descrito, eliminando duas pessoas das que contra êle tramavam.

Informa que foram necessários uns 20 dias para o desaparecimento das vozes na prisão. Nesse tempo, afigurava-se-lhe que a todo o momento, pela porta da cela seria atacado pelos inimigos que também o espiavam através da lâmpada.

Os distúrbios que o paciente apresentou não se limitaram à esfera psíquica. Há a mencionar ainda os seguintes: insegurança na marcha, tremor generalizado, pela manhã, que cessava com a ingestão de bebidas alcoólicas; parestesia nos membros inferiores, e, por vêzes, alguns abalos musculares; intolerância alimentar.

Em todo o tempo, de 1918 à data do delito, nunca ficára um ano completamente livre de alucinações. O último período assim caracterizado pré-episódico foi de 7 a 8 meses.

Exame físico. — Tipo morfológico-megaloesplâncnico (pícnico de Kretschmer).

Pela inspecção da cútis, há três cicatrizes a registrar: uma pequena, irregular, ao nível da glabela; outra retroauricular direita (operação na mastóide), e a terceira linear, ligando as duas extremidades internas das clavículas.

Do exame dos aparelhos só merecem menção: língua saburrosa e com impressões dentárias nos bordos. Vômitos uma vez ou outra. Constipação.

Sistema nervoso. — Motilidade e sensibilidade íntegras, como também a coordenação.

Reflexos tendinosos em geral vivos, tanto nos membros inferiores como superiores. Reflexos cutâneos: plantar e cremasterinos normais; dos abdominais faltam os inferiores. Tremor das mãos estendidas.

Exame neuro-oftalmológico. — Nada revelou de anormal.

EXAMES BIOLÓGICOS. —
Sangue: Reação de Wassermann — levemente positiva.
Sangue: Reação de Müller B II — levemente positiva.
Líquido céfalo-raqueano — normal.

EXAME PSÍQUICO. — O paciente atendeu-nos sempre solìcitamente e em todos os exames que procedemos portou-se como um indivíduo normal, quer sob o ponto de vista da esfera intelectual, quer afetiva ou volitiva.

Sua conduta na enfermaria tem sido muito regular, nenhum gesto ou áto tem praticado que faça suspeitar-se de qualquer afecção mental.

Dos distúrbios psico-sensoriais, tão evidentes nas crises delirantes, ainda apresenta, de quando em vez, zumbidos.

As vozes desapareceram (sic) e consequentemente as idéias persecutórias.

Não alimenta hoje a menor dúvida de que tais fenômenos foram a consequência da intoxicação alcoólica.

Lastima a sua sorte e a das vítimas. Compreende o absurdo a que fôra levado e acrescenta: "ninguém poderia me convencer naqueles dias do absurdo das perseguições, tal a minha convicção; só depois de tudo passado é que caí na realidade".

CONCLUSÕES. — Para a solução do caso em aprêço, em virtude da negatividade do exame atual, praticado três anos após o áto delituoso, necessário se faz atendermos aos antecedentes do acusado, cujos dados são por êle próprio fornecidos na quasi totalidade, e também atentarmos ao valor sintomático do crime. Em outras palavras, cumpre-nos estabelecer um diagnóstico retrospectivo, a que vamos procurar chegar.

Dos informes testemunhais, como já ficou dito, ressalta o fáto de que o paciente fazia uso de bebidas alcoólicas, o que vem corroborar no diagnóstico que a *priori* fazem supor as declarações do paciente.

A suspeita que naturalmente se levanta quanto à veracidade das afirmações do denunciado, nos fez repetir os exames e interrogatórios um grande número de vêzes. Por fim, tendo o examinado sido sempre coerente nas suas declarações, nenhum elemento nos oferecendo em favor daquela suspeita, temos para nós que com grande probabilidade tais informes foram dados de boa fé.

Nestas condições, tomando-as por têrmo, poderemos concluir da seguinte forma:

Paulo M., heredo-alcoólatra, apresentou, por diversas vêzes, delírio alucinatório agudo, variedade clínica da intoxicação crônica pelo alcool.

Tal diagnóstico é feito baseado na existência de uma intoxicação alcoólica, no aparecimento brusco de alucinações auditivas, na presença de idéias delirantes conexas aos distúrbios psico-sensoriais, no estado ansioso do indivíduo, na sua lucidez de conciência (MORSELLI).

As alucinações eram predominantemente auditivas, e o delírio, que rapidamente se desenvolveu, persecutório sistematizado.

O último episódio por êle narrado se iniciou alguns dias antes do delito e se prolongou ainda cêrca de 20 dias após a sua consecução. Sob a influência dos fenômenos mórbidos foi levado à prática do crime, com o qual pensava livrar-se das perseguições de que se considerava alvo. Pretendia estender ainda sua ação criminosa a outras pessoas que participaram do "complot", quando foi prêso.

Si, de um lado, as perturbações mencionadas pelo acusado justificam o crime cometido, sendo aliás essa reação anti-social comum nos doentes portadores daqueles distúrbios, do outro a análise dos caracteres dêste está a demonstrar a insanidade mental do seu autor.

Basta que se atente à natureza do crime, absolutamente imotivado, sendo as vítimas pessoas que nunca lhe fizeram mal. (Declarações do acusado, de conformidade com as da testemunha informante já citada).

Mas, para os fins de Justiça, é necessário que não demos ainda por terminada a nossa missão de peritos. E' imprescindível que dêle tiremos conclusões analisando o caso segundo o critério de *periculosidade criminal.*

Ora, no estado atual do paciente, em que não apresenta os motivos determinantes do crime, isto é, o delírio alucinatório agudo alcoólico, não existe o que poderíamos dizer: *periculosidade imediata*, que seria consequência direta de tal estado, prescindindo daquela que todo o crime por si só pode implicar. (Valore sintomatico del reato, GRISPIGNI).

Entretanto, visto que para o juízo da *periculosidade* têm grande importância os antecedentes do autor do delito, outra conclusão nos impõe a análise dos comemorativos do presente caso.

Com efeito, a sua história mostra a exuberância, a predisposição do acusado ao alcoolismo, de um lado pela irresistível atração ao tóxico, do outro pela sensibilidade exagerada à ação do mesmo, pelo que, com o uso habitual dêste, os efeitos foram notáveis e de caráter notavelmente mórbido.

Esta predisposição assim encarada — da irresistível atração ao tóxico e de hipersensibilidade à sua ação — é um índice de *periculosidade*. Via de regra, os indivíduos assim predispostos, ao voltarem ao meio social, reincidem no uso do tóxico e daí a grande probabilidade de reincidirem na prática delituosa.

RESPOSTAS AOS QUESITOS FORMULADOS PELO PATRONO DO RÉU

1.º) P. — Paulo M. sofre de afecção mental? Quais as anomalias que os srs. peritos notam com relação à sua mente? E' êle portador de alguma tara? Qual?

R. — *a*) Presentemente, Paulo M. não sofre de afecção mental. E', porém, um predisposto no qual o alcool determina distúrbios psíquicos, que caracterizam a embriaguez patológica; *b*) Prejudicado; *c*) Sim; *d*) E' um heredo-alcoolista.

2.º) P. — Levando-se em conta as circunstâncias que precederam, acompanharam e seguiram o delito *e de que nos dão notícia os autos*, qual o estado mental do acusado no momento de praticar o crime?

Acham os srs. peritos que o acusado o tivesse praticado debaixo de um delírio alcoólico, de alguma alucinação ou de qualquer outra crise?

R. — *a*) O estado mental do acusado no momento de praticar o crime era o de um indivíduo atacado de delírio alucinatório agudo alcoólico.

b) Sim. As circunstâncias que rodeiam o áto delituoso, o passado alcoólico do paciente e os demais elementos expostos no presente relatório médico-legal, levam os peritos a afirmar ter êle agido debaixo de um delírio alcoólico.

São Paulo, 18 de julho de 1931.

(*aa.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.
Dr. ANDRÉ TEIXEIRA LIMA (relator).

CASO N.º 5 — *Alcoolismo crônico. Parecer médico-legal para fim de interdição.*

Nomeados pelo Exmo. Snr. Dr. A. de Oliveira Lima, D.D. Juiz de Direito da Primeira Vara de Orfãos e Anexos da Capital, para funcionarmos como peritos no processo de interdição do Snr. João H. S., de 40 anos, branco, brasileiro, casado,

presentemente recolhido ao Hospital de Juquerí — nós, Professor Dr. A. C. Pacheco e Silva e Dr. Raul Bressane Malta, respectivamente diretor geral e alienista da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, tendo observado minuciosamente o arguido, formulamos no presente documento o nosso parecer: —

João H. S. compareceu, pela primeira vez, em 14 de novembro de 1931, ao Ambulatório da Clínica Psiquiátrica de São Paulo, onde foi examinado pelo Dr. Marcondes Vieira, que assinalou na ficha respectiva: — Alcoolista crônico. Tem apresentado, ultimamente, sinais de desequilíbrio mental caracterizados por átos desatinados (agressões, furtos, desrespeito à familia, ofensa ao pudor, tentativas de suicídio, alucinações, ligeiro estado depressivo). Desorientado para o tempo. Já esteve recolhido à Casa de Saúde Homem de Melo. Diagnóstico: Alcoolista crônico. Estado delirante confusional.

Em virtude de se agravar o estado mental do interditando, foi o mesmo internado no Hospital de Juquerí, tendo alí dado entrada a 17 de novembro de 1931. Submetido a regime desintoxicante e à abstenção de bebidas alcoólicas, restabeleceu-se do distúrbio mental, saindo com alta em 12 de novembro de 1932. Deu novamente entrada naquele estabelecimento em 17 de junho de 1936. Consta na observação correspondente à segunda entrada, elaborada pelo Dr. Henrique Marques de Carvalho: — Indivíduo de côr branca, aparentando 45 anos de idade. Tremores dos dedos. Artérias endurecidas. Mucosas pouco coradas. Discretos gânglios. Conjuntivas sub-ictéricas. Panículo adiposo desenvolvido. Não apresenta dores osteócopas. Ligeiro edema, pálido.

Aparelho respiratório. — Tórax enfisematoso. Respiração com expiração quasi imperceptível. Roncos e raros sibilos.

Aparelho circulatório. — Ictus no 5.º espaço intercostal. Bulhas fortes e normais. Pressão arterial 13 e 7,5.

Aparelho digestivo. — Língua lisa, sem saburro. Algumas raízes de dentes estragadas. Abdômen com forte panículo adiposo. O exame é bastante prejudicado pelo paciente, que não fica em posição conveniente. Percute-se o fígado no rebordo e há sub-macissez no hipocôndrio esquerdo.

Aparelho uro-genital. — Diz levantar-se várias vêzes à noite para urinar.

Exames paraclínicos. — Reação de Wassermann positiva no sangue.

Exame neurológico. — Reflexos tendinosos exaltados. Ligeira anisocoria. Pupila esquerda maior que a direita.

Exame psíquico (resumo). — Revela certa desproporção entre o humor e as atuais condições, mostrando-se excessivamente alegre, exterioriza alguns conceitos que evidenciam certo apagamento dos sentimentos afetivos e dos sentimentos éticos. Além disso, verificam-se conceitos pouco criteriosos, relativos a questões éticas e morais.

Fóra disso, não é possível averiguar-se a presença de alucinações e de delírios. Lúcido, conciente, com iniciativa, denotando compreender-nos e podendo manter palestra, fixando bem a atenção, revelando, no entanto, certa dificuldade para rememorar os fátos mais antigos, tal é o que denota nas palestras que entreteve conosco.

Nega que estivesse abusando de bebidas alcoólicas, mas a sua informação, dados os antecedentes, não merece confiança alguma.

Hoje, 15/12/1937, o paciente se encontra recolhido à enfermaria da clínica médica do Hospital de Juquerí, convalescendo de uma bronco-pneumonia, já sem febre, mas ainda muito enfraquecido. Lá fomos examiná-lo, encontrando-o acamado, falando com esfôrço, dispnéico. Às perguntas que lhe fizemos respondeu de modo incompleto e, de certo modo, contraditório. Não se revelou muito firme na orientação no tempo, afirmando, com hesitação, encontrarmo-nos no mês de novembro. Está bem orientado no espaço e meio. Refere-se à família, que o visita periòdicamente, sem revelar, contudo, grande afetividade. A memória está evidentemente

comprometida. O paciente não logrou reconstituir a sua vida pregressa ; só à medida que vamos nos referindo a fátos do nosso conhecimento, registrados na observação correspondente à primeira internação naquele hospital, vai êle se recordando do que lhe teria ocorrido no passado.

Uma preocupação constante lhe acode ao espírito, a de se inocentar do alcoolismo de que é arguido. Fala nos seus hábitos morigerados e afirma ter sido sempre abstêmio, limitando-se apenas, de quando em quando, a tomar guaraná e gasosa. Se apontamos fátos que desmentem categoricamente as suas afirmativas, inclusive o seu mau estado físico, se limita a responder, de forma quasi estereotipada — mas eu só bebia guaraná e gasosa.

A atenção é móvel. A imaginação é pobre, indicando evidente rebaixamento do nível intelectual, como sóe sempre acontecer nos alcoólatras em estado de cronicidade. Não nos foi dado consignar, enquanto o tivemos sob nossas vistas, a existência de distúrbios sensoriais. O paciente, cujas condições de saúde física são assaz precárias, teve, depois de internado no Hospital de Juquerí, grave icterícia, da qual só logrou restabelecer-se mercê do cuidadoso tratamento que lhe foi prodigalizado pelo seu médico assistente. Mal restabelecido da crise de insuficiência hepática, sobrevem logo depois a pneumonia, da qual inda conserva vestígios. Êsse mau estado geral, por certo, se prende aos abusos etílicos que praticou e que lhe afetaram sèriamente os órgãos essenciais da vida e, muito particularmente, os centros nervosos, como estão a indicar as perturbações psíquicas que motivaram, por mais de uma vez, a sua reclusão na Casa de Saúde Homem de Mello e, depois, no Hospital de Juquerí, e que redundaram num *deficit* mental manifesto.

Em tais condições, o paciente não pode gerir sua pessoa nem zelar pelos seus bens, necessitando permanecer sob rigoroso tratamento, a despeito de ser provável o seu restabelecimento, dada a esclerose generalizada de que é portador, consequente ao abuso imoderado do alcool.

Tal é o nosso parecer.

(*a.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva (relator).
(*a.*) Dr. Raul Bressane Malta.

CASO N.º 6 — *Alcoolismo crônico. Delírio de ciume. Uxoricídio.*

A. F., réu, com 56 anos de idade, branco, italiano, viuvo, sapateiro, internado no Hospital de Juquerí para exame mental, é acusado de uxoricídio, crime êsse praticado na noite de 21 de fevereiro de 1921.

Descrição dos fátos. — A. F. casou-se há 27 anos com sua patrícia Magdalena F. Os primeiros anos correram bem. O marido, trabalhador, ganhava o suficiente para manter a mulher e os filhos. Começou, porém, a dar-se a bebidas alcoólicas e nesse estado provocava a mulher e, não raro, terminava espancando-a.

As rixas do casal tornaram-se muito mais frequentes alguns anos antes do crime porque A. F., com infundadas suspeitas, acusava a mulher de manter relações sexuais com outros homens. Esta protestava energicamente contra tais acusações, proclamando sua inocência, revoltando-se contra tais calúnias lançadas contra sua honra. O marido não cessava, entretanto, de perseguí-la com as suas injúrias. Ora via colóquios amorosos na palestra banal que a mulher tinha com algum freguês, ora descobria vestígios certos de infidelidade da espôsa no fáto de encontrar móveis fóra de seus lugares. Aos poucos ia a mulher se habituando com a atitude estranha do marido justamente quando a filha mais velha do casal se tornára noiva. As repetidas visitas do futuro genro despertaram no espírito de A. F. a idéia de que o rapaz era amante da futura sogra. Noiva, não querendo ver conspurcada a honra do ser que lhe dera a vida e como procurasse igualmente salvaguardar o nome de seu futuro marido, a filha resolveu fugir para Santos e casar-se apressadamente.

Não podendo mais suspeitar do genro, que fôra habitar longe de sua casa e lá raramente aparecia, as suspeitas do réu recaíram sôbre o seu filho mais velho.

Baldados foram os protestos do pobre moço acusado de um crime tão vil: fôra expulso de casa com a determinação de não mais voltar.

O segundo filho, também acusado de manter relações sexuais com a própria mãe, teve a mesma sorte do irmão mais velho.

A. F. continuava a beber desbragadamente; maltratava a esposa e, deixando sempre transparecer um ciume irreprimível, volveu suas vistas para um inquilino que lhe alugara uma das portas de sua oficina. Para obter confirmações das suas suspeitas agradava êle os filhinhos pequenos, oferecendo-lhes doces e prometendo recompensas caso lhe dessem as informações desejadas. Na noite de 21 de dezembro entrou o acusado em casa às oito horas e perguntou ao filhinho de cinco anos si o inquilino alí não estivera. A criança respondeu afirmativamente, esperando receber doces em troca. Diante disso, A. F. arma-se de um punhal e com êle vibra várias punhaladas na espôsa, prostrando-a morta.

Foi prêso em flagrante. Aberto inquérito, as testemunhas são unânimes em afirmar a inocência da vítima, que foi sempre mulher trabalhadeira, muito dedicada aos filhos, vivendo modestamente, saindo raramente de casa. Além disso, era mulher de certa idade, de cabelos encanecidos, vivia miseravelmente vestida e não tinha atrativo algum. Os filhos do casal atribuem o crime ao uso imoderado do alcool, feito pelo pai, que se tornara violento e agressivo nos meses anteriores ao crime.

Observação clínica. — Não há referências sôbre o histórico da família, pois A. F. veiu da Europa em tenra idade e, por isso, nada sabe dizer do passado de sua família.

O exame clínico dos órgãos essenciais da vida vegetativa demonstra, para o lado do aparelho gastro-intestinal, uma perturbação caracterizada por constipação permanente. A não ser isso, que o obriga ao uso imoderado de laxantes, nada mais existe de anormal.

A. F. apresenta uma dermatite herpetiforme, que se propaga em toda a região torácica, e também um quisto sebáceo na região cervical, do lado esquerdo. Nele não há vícios de conformação, nem congênitos nem adquiridos.

Os reflexos tendinosos acham-se exaltados; o pupilar e os cutâneos, normais. Língua saburrosa e com tremores. Também há tremores nos dedos quando êle estende as mãos. Alimenta-se bem, voluntariamente; é asseado, obediente e tem sono tranquilo.

De um grau de cultura rudimentar, apenas sabe assinar o seu nome.

Atenção e compreensão boas. Nele a associação de idéias se faz regularmente, sem denunciar confusão, fuga ou aceleração e apresenta reação fiel de memória.

Durante o seu internamento no Hospital, nada de perturbações da psicomotilidade.

Quanto a percepções delirantes, há referências minuciosas na parte em que o caso é discutido sob o ponto de vista médico-legal.

Estado de humor predominante: — indiferente. Com efeito, observamos em F. um embotamento afetivo, um como que desprendimento do meio em que se acha, da vida externa ou objetiva. Não se lhe ouve siquer uma palavra de recordação ou de saudades dos filhos; não se percebe desejo algum de sair do hospício. Afeito a êste viver, é-lhe indiferente permanecer aquí ou em qualquer outra parte. Por fim, tem êle demonstrado capacidade de trabalho, pois ajuda os enfermeiros nos arranjos e na limpeza da enfermaria.

Discussão e apreciação dos fátos. — A exposição dos fátos e a observação clínica levam à conclusão de que estamos diante de um caso de delírio de ciume, tão especial aos alcoolistas, e que dá origem a grande número de uxoricídios.

Êste delírio emana de uma perversão profunda da afetividade, que transforma o amor conjugal em profunda antipatia. "Uma vez creada a suspeita da infidelidade

conjugal, é ela alimentada por sistemática interpretação de mil fátos banais por si mesmo insignificantes" (TANZI e LUGARO — "Malattie Mentale", pág. 30). E' exatamente o caso de A. F. e casos semelhantes há em grande número na literatura médica.

Sôbre o valor médico-legal do delírio de ciumes diz KRAFT-EBING, na pág. 265 do seu Tratado de Medicina Legal dos Alienados : — "Um fenômeno importante e grave, sob o ponto de vista médico-legal, é representado no alcoolista, casado ou vivendo maritalmente, por um delírio constante, o da infidelidade sexual do cônjuge (delírio de ciume). Êsse delírio surge nos estados avançados do alcoolismo crônico e, salvo raras exceções, sob a forma de um delírio isolado, quasi maníaco. Delirantes, essas idéias são desdobradas quasi que exclusivamente pelo mecanismo da ideação (conclusões falsas, mas sem alucinações), deixam de ser interpretadas por outrem na sua verdadeira acepção, e fazem-se até cercar de uma certa crença.

Uma vez desenvolvido, o delírio de ciume apresenta uma fixidez extraordinária, distende-se regularmente através da evolução do alcoolismo crônico, manifesta-se no curso das perturbações mentais, tanto agudas como crônicas, que se desenvolvem no terreno do alcoolismo crônico, mas a estas preexiste sempre e não é o produto de uma psicose episódica ou intercorrente. Constitue assim um estigma primitivo do alcoolismo".

No caso de A. F. encontra-se a reprodução perfeita de KRAFT-EBING "enfraquecimento psíquico e ético do alcoolista faz compreender como chega êle a ver no pai, no irmão, no filho, etc., o amante de sua mulher".

O réu não tem, pois, imputabilidade.

Somos de opinião que A. F. continue internado, porque a recidiva específica dêste delírio é certa quando o doente volta aos seus hábitos alcoólicos. Fóra do hospital poderá êle contrair novas núpcias ou ligar-se maritalmente a outra mulher e assim reproduzir o crime que cometeu, tanto mais que êsse delírio ainda persiste, porque êle continua convencido de que agiu em defesa de sua honra.

E' o nosso parecer.

(*aa.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA (relator).
Dr. F. MARCONDES VIEIRA.

b) A Morfinomania

1. Histórico. Definição. – 2. Vias de entrada na morfina. – 3. Doses utilizadas. – 4. Sintomas físicos. – 5. Sintomas psíquicos. – 6. Tratamento. – 7. Aplicações médico-legais.

1. Histórico. Definição. — A morfina foi empregada, sob a forma de injeção, pela primeira vez, por Wood, em 1853, como sedativo contra as dores violentas. O novo método terapêutico, se por um lado prestou serviços inestimáveis, por outro acarretou uma nova intoxicação até então inexistente, cuja gravidade é assaz conhecida.

Deve-se distinguir a morfinomania do morfinismo. Morfinomania é hábito vicioso que consiste em tomar, em períodos regulares, doses crescentes do tóxico. Morfinismo é o conjunto de sintomas produzidos pelo abuso prolongado da morfina.

Entre nós, Adauto Botelho, Pernambuco Filho e Cunha Lopes têm se ocupado do problema sob o prisma nacional, em estudos dignos de apreciação.

2. Vias de entrada na morfina. — Três caminhos conduzem ao uso da morfina e consequentemente à morfinomania. Há os que se entregam à morfina com o fim terapêutico, afim de se livrarem de uma violenta dor física — cólicas hepáticas, tabes, câncer, etc., e que se tornam depois viciados. Outros são levados ao tóxico por mera curiosidade, na ânsia de sensações novas, fruto de uma vida dissoluta. Finalmente, há os que recorrem à morfina buscando um lenitivo para uma grande dor moral ou para sofrimentos físico-morais — guerra, trabalhos penosos, etc.

Certos indivíduos, ditos predestinados, logo à primeira injeção se tornam escravos da morfina. Outros passam longo período dela fazendo uso, abandonando-a quando o seu emprêgo terapêutico deixa de se fazer necessário, sem acusar o menor sintoma de abstinência.

Entre as profissões mais expostas à morfina destacam-se os médicos, farmacêuticos, enfermeiros, que têm mais facilmente o tóxico ao seu alcance. Durante a guerra de 1914, muitos aviadores se tornaram morfinômanos, buscando um artifício para suportar a tensão nervosa em que viviam, em constante risco de vida.

3. Doses utilizadas. — Em regra, o morfinômano começa usando doses pequenas de morfina — de 0,01 a 0,02 centigramas. Pouco a pouco vai, porém, tendo necessidade de empregar doses maiores, atin-

gindo quantidades incríveis, até 6 e 8 gramas por dia, em virtude do organismo se habituar ao tóxico, gerando o chamado mitridatismo.

O toxicômano injeta a morfina nos braços, nas pernas, no abdômen, buscando em seguida regiões menos próprias, pois que os tecidos vão sofrendo um processo de esclerose, que impede a introdução do líquido. Com o correr do tempo surgem pequenos abcessos, que supuram, dando lugar a pequenas infecções, que a diminuição das defesas do organismo favorecem.

4. ***Sintomas físicos.*** — O morfinômano, algum tempo depois de se iniciar no vício, além de emagrecer, fica com uma côr pálida, lívida, de cêra. Os cabelos cáem ou se tornam precocemente encanecidos, os dentes são atacados de cárie, a pele se enruga, dando ao paciente a impressão de ser muito mais velho. As pupilas se contráem e não reagem à ação da luz, tomando o tipo puntiforme. Na fase de abstinência há insônia, estado nauseoso, suores, vômitos, angústia, ansiedade, inapetência, tremores, dores erráticas, impotência.

5. ***Sintomas psíquicos.*** — Na fase de iniciação, há um marcado sentimento de euforia, que caracteriza o período dito "de lua de mel com a morfina". Segue-se uma fase de hesitação, em que o paciente começa a se aperceber da escravidão do vício, quer reagir mas já é então tarde. Entra ao depois no período de estado e finalmente instala-se a fase caquética.

Na esfera intelectual nota-se : morosidade na associação ideativa, distúrbios da atenção e da memória. Nos domínios da afetividade há evidentes modificações — o morfinômano se torna egoista e brutal, indiferente à família não hesita em praticar átos condenáveis — falsificação de receitas e assinaturas, venda clandestina de tóxicos, etc. As mulheres chegam a se prostituir quando não dispõem de outros recursos para a obtenção dos tóxicos.

Além de praticar toda sorte de falcatruas, o morfinômano procura seduzir outras pessoas — a espôsa, a amante — incitando-as a fazer uso do tóxico.

No período da abstinência, os habituados com a morfina são muitas vêzes acometidos por uma fase delirante, praticando átos de violência, impondo à mão armada a entrega de tóxicos.

A excitação psico-motora, a ansiedade e a angústia atingem então o auge.

Na fase final o doente entra em caquexia, vindo a sucumbir por colapso cardíaco e muitas vêzes de tuberculose pulmonar. Idênticos sintomas e quiçá mais graves se observam na heroinomania.

6. ***Tratamento.*** — Há vários processos aconselhados no tratamento da morfinomania. Há quem preconize a suspensão gradual e

lenta. Outros são partidários do método brusco. Muitos preferem a supressão num prazo curto. Êste é o processo mais usado. Durante o tratamento é prudente zelar pelo coração, combater a insônia e prescrever estimulantes.

O tratamento deve ser sempre feito em hospital especializado, sob rigorosa fiscalização, conhecidos que são os ardís dêsses doentes, que vão a ponto de esconder o tóxico até nas cavidades do corpo.

7. ***Aplicações médico-legais.*** — O morfinômano é, em regra, um anti-social, um sêr inútil, incapaz de trabalhar, que busca meios ilícitos para adquirir o tóxico. Perde, assim, por completo, o senso moral, pratica extorsões, falsifica documentos, revela ausência de pudor. Comete furtos, não só do tóxico, como de objetos, visando vendê-los para adquirir a morfina. Movidos por impulsões irrefreáveis, os morfinômanos agridem, às vêzes com revoltante brutalidade, registrando os anais policiais não poucos homicídios por êles praticados.

O morfinômano perde a sua capacidade civil, podendo ser facilmente captado pelos que lhe favorecem a aquisição do tóxico.

c) A COCAINOMANIA

1. Histórico. – 2. A intoxicação cocaínica. – 3. Delírio cocaínico. – 4. Tratamento. – 5. Prognóstico. – 6. Aplicações médico-legais.

1. Histórico. — A cocaína é um alcalóide extraído do Erythroxylon Coca, arbusto originário da América do Sul. Em 1856, SAMUEL PERCY observou pela primeira vez que a mastigação das folhas de Coca, que os Incas consideravam planta divina, produzia notável diminuição da sensibilidade da língua.

Logo depois, FAUVEL dela se utilizava como sedativo nas afecções dolorosas do laringe. Desde aí a cocaína foi utilizada como anestésico de grande valor. Os seus efeitos tóxicos foram também observados logo após a sua introdução na terapêutica, bem como a propriedade do seu uso atrair os indivíduos predispostos. Em 1885, escrevia SHAW "para certas pessoas, nada atrái tanto como o uso habitual da cocaína. Ela dissipa o sentimento da fadiga e da lassidão corporal ou intelectual e produz deliciosa sensação de alegria e bem estar."

2. A intoxicação cocaínica. — A cocaína pode ser empregada por via hipodérmica, mas os viciados preferem aspirá-la, sob a forma de pó, pelo nariz. Uma vez depositada na mucosa nasal é o tóxico absorvido pelo organismo. O uso imoderado da "poeira divina", nome que lhe dão os viciados, provoca, ao fim de algum tempo, perfuração do seto nasal, sinal de valor no reconhecimento de um toxicômano antigo, que chega a aspirar diàriamente nada menos de 6 a 8 gramas do pó.

Quando a intoxicação cocaínica é leve, o indivíduo se queixa de fadiga, estado vertiginoso e angústia. A insônia é de regra. A inapetência se alterna com fases de apetite voraz, o que não impede a diminuição progressiva de pêso. As pupilas dilatam-se, dando à expressão um aspecto característico, comparável ao dos que padecem de hipertiroidismo.

O quadro psíquico é representado por alegria desmedida e injustificável porque contrasta com a decadência física, moral e material. Loquaz, mitomano, erótico mas impotente, o cocainômano deixa-se arrastar pela droga maldita, que corrói o organismo, corrompe o caráter e liquida a inteligência.

3. Delírio cocaínico. — Da embriaguez passa o toxicômano ao delírio cocaínico, que irrompe por alucinações sobretudo visuais, desordens da cenestesia, agitação psico-motora intensa e desregrada.

Características são as alucinações cenestésicas, que dão a falsa impressão de ter o indivíduo pedacinhos de vidro sob a pele, ou então pequeninos parasitas a passear pelo corpo.

O cocainismo se divide em agudo e crônico.

4. ***Tratamento.*** — Se a desintoxicação do morfinômano exige cautela e prudência pelos acidentes que a supressão brusca da droga pode acarretar, tal perigo não existe para o cocainômano, que pode, sem maior risco, ser de um momento para outro privado do tóxico. E' evidente, porém, que sem vontade e dominado pelo vício, toda e qualquer tentativa feita a domicílio resulta ineficaz. E' mistér o tratamento hospitalar e isso mesmo sob severa vigilância, pois não lhes falta, como aos demais toxicômanos, malícia na organização de planos para receber de permeio com roupas, cartas e até de frutas, o pó fatídico, que um "*irmão*" compadecido envia de fora, na esperança de receber um dia idêntica prova de reconhecimento e solidariedade.

5. ***Prognóstico.*** — Desfavorável é, na maioria das vêzes, o prognóstico dos cocainômanos, que antes de o serem já denunciavam, por outros átos, a sua constituição mórbida, pois os que se votam à cocaína são quasi sempre neuropatas, quando não psicopatas.

Acidentalmente pode um indivíduo, isento de tara, por influência do ambiente, afeiçoar-se ao uso da droga. Êstes, como é fácil de se prever, conseguem livrar-se do vício para jamais reincidir, depois de experimentar os horrores de uma desintoxicação, por mais suave que seja.

6. ***Aplicações médico-legais.*** — O cocainômano, além de viciado, quando luta com dificuldades para entreter o vício torna-se traficante da droga. Compra para vender — as sobras e o lucro dão para o sustento da vida e do vício. E como a traficância dos entorpecentes é crime previsto pelos nossos códigos, incide logo o toxicômano nas penas da lei. Eis aí a aplicação médico-legal mais frequente. Detido no comércio de drogas, alega — não sou culpado, mas sim um viciado e como tal não posso ser responsabilizado.

Vem a seguir, pela ordem de frequência, os atentados ao pudor, os átos de violência e os impulsos que levam à agressão. Curioso é o chamado "delírio de velocidade" de que padecem muitos cocainômanos, os quais, impelidos por incontido desejo de correr velozmente, saem em disparada conduzindo automóveis pelas ruas e estradas, provocando acidentes e atropelamentos.

d) BARBITURISMO

1. Histórico e definição. — 2. Intoxicação aguda. — 3. Intoxicação sub-aguda. — 4. Intoxicação crônica. — 5. Tratamento.

1. Histórico e definição. — Desde que foram introduzidos em terapêutica médica os derivados barbitúricos (luminal, veronal, gardenal, dial, etc.), empregados no tratamento das epilepsias, das insônias, da agitação e da dor, verificou-se que tais derivados, em doses elevadas, acarretavam uma intoxicação e que muitos doentes contraíam o hábito dêsses medicamentos, não podendo dispensar o seu uso, apresentando sinais de uma intoxicação a que se deu o nome de *barbiturismo.*

2. Intoxicação aguda. — Quando ingeridos em doses altas e de uma só vez, os barbitúricos provocam uma intoxicação aguda, que se caracteriza por náuseas, vertígens e por um estado que lembra o da embriaguez. O doente entra, a seguir, num estado de torpor e finalmente num verdadeiro coma, que termina pela morte quando a dose ingerida for suficientemente tóxica e o doente não receber em tempo a assistência devida. No estado de coma confirmado o doente permanece em estado de resolução completa, todos os reflexos ficam abolidos, inclusive o córneo. A pupila tanto se pode mostrar dilatada como contraída em miosis. O reflexo luminoso desaparece ou se mostra preguiçoso. O pulso continua ritmado, mas a tensão arterial cái. A respiração tende à bradipnéia. A temperatura se eleva, podendo alcançar até 41 graus. Surgem frequentemente sinais de congestão pulmonar, que se consigna por macissez das bases e pela presença de estertores sub-crepitantes. Em alguns casos se observam contraturas tetânicas ou clônicas, salivação copiosa e suores profusos. A retenção de urina é de regra, Quando o doente não é acudido a tempo, surgem complicações pulmonares, desfalecimento do coração, perturbações urinárias e, finalmente, o estado de coma, que TARDIEU denominou "carus barbitúrico".

3. Intoxicação sub-aguda. — Os casos de intoxicação sub-aguda se caracterizam por duas ordens de sintomas : neurológicos e psíquicos.

Os sintomas neurológicos são representados por incoordenação dos movimentos, tremores, marcha incerta, disartria, oftalmoplegias.

Entre os principais sintomas psíquicos destacam-se os transtornos do caráter, o estado confusional com delírio onírico, que se acompanha por vêzes de excitação desordenada.

4. ***Intoxicação crônica.*** — A intoxicação crônica é consequente à ingestão repetida de doses medicamentosas. Tais doentes, com o correr do tempo e dependendo de uma maior ou menor tolerância individual ou constituição toxicófila, vêm a apresentar um síndromo característico da toxicomania, isto é, sintomas indicativos de se haver formado o hábito e consequente estado de necessidade quando privados do medicamento e certa euforia quando sob a sua ação.

A intoxicação barbitúrica se vai tornando cada vez mais frequente, à medida que os derivados barbitúricos se vão generalizando na prática médica. Frequentemente, os intoxicados pela morfina, pela cocaína e pelo alcool, quando não conseguem obter o tóxico a que estão acostumados, recorrem aos derivados barbitúricos.

A intoxicação crônica pelos barbitúricos acarreta também erupções cutâneas do tipo tanto rubeoliforme como escarlatiforme. Num e noutro tipos surgem pruridos, edemas e cianose.

5. ***Tratamento.*** — O tratamento da intoxicação barbitúrica é feito sobretudo pelo emprêgo de estricnina em doses fortes, sem que se possa estabelecer uma regra fixa, pois que em geral se ignora a quantidade exata de barbitúrico ingerida pelo doente. Entretanto, em regra se aplicam de 0,005 a 0,010 milgrs. por via sub-cutânea.

O alcool e os barbitúricos parecem também, em certas circunstâncias, apresentar uma ação antagonística.

DEMÊNCIA PRECOCE (ESQUIZOFRENIA)

ESQUIZOFRENIA (BLEULER, KRETSCHMER, CLAUDE) — DEMÊNCIA PRECOCE (MOREL, KRAEPELIN) — LOUCURA DISCORDANTE (CHASLIN) — ATAXIA INTRA-PSÍQUICA (STRANSKY)

1. ***Histórico e conceito.*** — Os autores antigos, dotados de grande capacidade de observação, já haviam notado o fáto de certos jovens, depois de terem revelado, na infância e na puerícia, um desenvolvimento intelectual normal e por vêzes mesmo certo talento, manifestarem, ao atingirem a puberdade, uma série de desordens na esfera intelectual, afetiva e moral, que, sem comprometerem a vida do doente, culminavam quasi sempre por uma completa decadência psíquica, capaz de ser confundida com a idiotia, donde a denominação por êles dada, para designar êsses tipos clínicos, de idiotia acidental ou adquirida, para diferenciá-los da forma congênita.

Foi MOREL, notável alienista francês, quem pela primeira vez recorreu à expressão *demência juvenil* ou *precoce* para denominar êsses quadros clínicos. Não ficou apurado ao certo se MOREL empregára o termo *precoce* em virtude da frequência com que a afecção se instala em indivíduos jovens, ou se em consequência da rapidez com que, uma vez deflagrada a doença, sobrevém a desagregação psíquica, isto é, o estado demencial.

Alguns autores verificaram que nem sempre se pode classificar como estado demencial aquele que é encontrado na demência precoce, porquanto predominaria uma grande dificuldade na associação ideativa, uma desharmonia psíquica e não uma completa decadência psíquica que justificasse o emprêgo da expressão *demência*. Em vista disso, BLEULER, psiquiatra suíço, propôs o nome *esquizofrenia*, que significa *psicose de desintegração*, termo que é hoje universalmente empregado.

HAECKER foi o primeiro a se impressionar com a coincidência notável do aparecimento das desordens mentais na fase puberal ou nas suas vizinhanças, creando a denominação *hebefrenia*, que significa *loucura da puberdade*.

KAHLBAUM, por sua vez, precisou um outro quadro clínico, também frequente nas vizinhanças da puberdade, em que, ao par das desordens psíquicas, se verificaria certa tendência do paciente permanecer imóvel durante horas inteiras numa só posição, sem dar demonstração do menor cansaço, é o curioso fenômeno da catatonia, em que o indivíduo se conserva na atitude em que se o coloca, sem denunciar fadiga.

Só muito mais tarde, entretanto, é que o Prof. EMÍLIO KRAEPELIN demonstrou a analogia apresentada pelas duas formas — hebefrênica e catatônica — as quais fundiu num só grupo, para mais tarde, partindo do critério da evolução da doença, agregar ainda certas formas alucinatórias com tendência à cronicidade, as quais, no início, teriam colorido paranóide. Assim, o grupo da demência precoce por êle proposto se subdividiu em três formas clínicas : a hebefrênica, a catatônica e a paranóide.

BLEULER e CLAUDE retomaram os estudos iniciados por KRAEPELIN, propondo a substituição dos termos *demência precoce* por *esquizofrenia*. Neste quadro seriam incluídos vários tipos clínicos com analogias entre si, com caracteres semelhantes, que tanto podem evoluir rápida ou lentamente, como ainda por surtos. Ao demais, em certos casos a doença permaneceria estacionária, podendo mesmo regredir, sem contudo deixar de apresentar traços da sua passagem na personalidade do doente.

2. Etiologia. — A que se poderá atribuir o aparecimento dêsses distúrbios psíquicos, de evolução tantas vêzes irremediável, que inutiliza tantos jovens, alguns de inteligência aguda e de numerosos predicados intelectuais e morais? Nisso está um dos grandes enigmas da psiquiatria. Se muitas vêzes há uma causa próxima — hereditária, tóxica ou infecciosa, que explique o advento das perturbações psíquicas que deflagram na puberdade, em outras não há elementos precisos que permitam conclusões seguras.

As formas esquizofrênicas são climatéricas e tanto podem instalar-se em indivíduos que já na infância revelavam uma constituição especial — constituição esquizoide — como em indivíduos até então absolutamente normais.

RÉGIS, psiquiatra francês renomado, muito insistia na diferenciação das duas modalidades, que, conquanto tenham, no período de estado, idêntica sintomatologia e ambas sejam de evolução igualmente condenatória, teriam início bem diverso.

Na primeira hipótese, nas formas ditas degenerativas, os transtornos psíquicos se instalariam num indivíduo predisposto, sem que

fosse possível precisar-se exatamente o início da afecção, que seria de evolução progressiva.

Na segunda forma — a confusional — as desordens mentais surgiriam no decurso ou após um estado tóxico ou uma doença infectuosa, com os sintomas de uma confusão mental, que, longe de se desvanecer cessados os fatores que a geraram, teriam evolução crônica. A experiência clínica dá, nesse particular, inteira razão a RÉGIS.

O papel da herança é evidente na gênese da esquizofrenia, tanto assim que, impressionados com a importância dos fatores hereditários, os psiquiatras alemães propuseram a inclusão das formas esquizofrênicas entre aquelas que justificam a esterilização compulsória presentemente praticada na Alemanha. A tal propósito merecem ponderação os estudos do Professor RUEDIN, de Munich, e de CUNHA LOPES, entre nós.

Muito se tem debatido, também, o papel dos distúrbios das glândulas de secreção interna, em particular das glândulas sexuais e da tireoide. O fáto da doença explodir precisamente no despertar da vida sexual, quando surgem os chamados caracteres sexuais secundários no homem e a menarca na mulher, são argumentos que falam em favor das relações das gônadas e as desordens mentais.

Tem-se também pôsto em relêvo a influência da sífilis hereditária em certas formas esquizofrênicas.

São igualmente manifestas, em determinadas famílias, as relações mórbidas existentes entre a tuberculose e as formas esquizofrênicas. Não só há um grande número de doentes em que se associam as duas entidades clínicas, como também entre os colaterais de perfeita sanidade mental, em que se registram numerosos casos de tuberculose.

3. Papel das constituições. — Como ficou dito, empresta-se hoje grande valor às constituições psicopáticas, ao terreno propício à instalação dos estados esquizofrênicos.

KRETSCHMER exaltou a importância das constituições sômato-psíquicas em neuro-psiquiatria, particularmente nas formas esquizofrênicas, e, baseando-se no estudo dos temperamentos e nas consequências do contáto do indivíduo com o meio social, concluiu que o homem reage de dois modos diferentes ao meio ambiente: uns vão da alegria à tristeza, outros da sensibilidade à indiferença. Os primeiros seriam os ciclóides, os segundos os esquizóides.

Os ciclóides seriam indivíduos vibráteis, apaixonados, entusiastas, idealistas, sensíveis a todas as emoções, quer alegres como tristes.

Nos esquizóides, pelo contrário, pode haver sensibilidade, mas com anestesia afetiva. São êles indivíduos reconcentrados, nos quais as reações exteriores não repercutem com intensidade, mas são de longa duração. São indivíduos introvertidos, que se afastam dos seus semelhantes, dando preferência a uma vida interior, perdendo progressivamente contáto com a realidade dos fátos.

Muitos esquizóides revelam, já na infância, as suas tendências. São crianças que não têm prazer na convivência com outras, mostrando-se tristonhas, esquivas e meditativas. Preferem viver isoladas, entregues aos seus devaneios, num mundo imaginário por elas creado. Não têm amigos, entregam-se constantemente à leitura, irritam-se quando se procura modificar-lhes as tendências ou contrariar os seus propósitos, em desacôrdo com a idade. São, assim, extremamente teimosas, recalcitrantes e opiniáticas.

A constituição esquizóide é compatível com uma existência aparentemente normal, mas se um fator qualquer, orgânico ou psíquico, vier despertar a tendência latente, tais como uma doença infectuosa, uma intoxicação ou mesmo um choque emotivo, poderá desencadear a esquizofrenia.

Indivíduos há, portadores dessa constituição, os quais, depois de sofrerem insucessos ou desilusões, se furtam ao convívio social e vivem absortos, retraídos, mergulhados dentro de si mesmos. Sob a máscara de impassibilidade, alheiados de tudo quanto os circunda, vão realizando no íntimo as aspirações que a realidade da vida não lhes proporciona, aparentemente conformados com as vicissitudes que sofrem, mas alimentando sempre no espírito esperanças vãs. Quando o tempo e os fátos se encarregam de desfazer uma aspiração que os animou por largo tempo, nem por isso se deixam abater, apegando-se logo a novas quimeras. Assim, ao lado das verdadeiras esquizofrenias enquadradas nas classificações psiquiátricas, figuram numerosas outras formas mitigadas e latentes que podem revelar-se de um momento para outro por uma reação intempestiva, um áto delituoso ou uma conduta irregular.

*4. **Primeiros sintomas.*** — As esquizofrenias, quando se instalam em terreno propício, num portador da constituição esquizóide, começam insidiosamente, de tal forma que a doença passa nessa fase muitas vêzes desapercebida à família. Os primeiros indícios do mal se traduzem quasi sempre por desordens na esfera da atividade, na perda da iniciativa e da atividade pragmática.

Muitas vêzes perdura a mais perfeita integridade mental, a inteligência se revela íntegra nas suas mais variadas manifestações. Não há a se assinalar, até então, qualquer discrepância na conduta. Nada leva a suspeitar o início de uma psicose, quando o doente revela uma reação estranha na esfera da afetividade, uma mal aversão inexplicável por tudo quanto o cerca, pela família, pelo domicílio, pela sociedade. São os primeiros sintomas da doença, que nessa fase, em regra, só um médico especializado poderá diagnosticar. Os pais procuram por todos os meios descobrir os motivos de tão grandes mutações no temperamento de um filho que em criança se revelára sempre dócil e afetivo e que, ao atingir a puberdade, se revolta contra a mais benévola disci-

plina. Os professores não sabem explicar a transformação que se vai operando num aluno até então aplicado, cumpridor dos seus deveres, que se torna progressivamente desatento, descuidado, desinteressado, desleixado, revelando profunda modificação nas atitudes, nos hábitos, nos átos, nas relações com os companheiros.

Se nesse período um acontecimento lutuoso enche de tristeza toda a família, o doente se mantém impassível, como se se tratasse do desenlace de um estranho, mesmo quando o desaparecido é uma das pessoas que mais estremecia.

As incompatibilidades com o meio familiar se agravam e o adolescente busca outros ambientes onde julga ser melhor compreendido. A princípio tudo parece serenado, mas não tardam as divergências consequentes à extrema sensibilidade do paciente, que não admite a menor crítica aos seus átos, por mais desarrazoados que sejam, dando demonstração de grande intolerância.

Muitos descambam para uma vida desregrada, alcoolizando-se, tornando-se mendazes, praticando deslises éticos, em contradição com o seu modo de proceder anterior.

No sexo feminino há frequentemente grande preocupação pelas cousas que tocam a sexualidade. Há doentes que se postam horas inteiras em frente ao espêlho, a analisarem os traços físicos, julgando-se extremamente feias, transfiguradas, deformadas. A tal sintoma denomina-se dismorfismo. Outras concebem romances imaginários de amor, julgando-se merecedoras da atenção de pessoas altamente colocadas, de astros da tela, de escritores notáveis.

Na maioria das vêzes, é o aparecimento de um surto de excitação ou de depressão, acompanhado ou não de alucinações, de idéias delirantes, que leva a família a analizar retrospectivamente átos realizados na fase pré-psicótica, que já pareciam estranhos, mas que não davam margem para se suspeitar do início de uma doença mental.

Ainda na fase inicial podem registrar-se átos delituosos, sobretudo homicídios inexplicáveis, consequentes a manifestações impulsivas, aliás frequentes nesse período.

Êste, por analogia ao período médico-legal da paralisia geral, foi denominado período médico-legal da esquizofrenia e tem em psiquiatria forense particular interêsse, pois que pode explicar grande número de delitos imotivados, que só a evolução posterior da doença poderá esclarecer devidamente.

5. ***Período de estado.*** — A' medida que a doença vai progredindo há outros indícios que caracterizam o estado mórbido : reflexões metafísicas as mais extravagantes, concepções absurdas, conceitos desarrazoados, teorias originais, idéias políticas avançadas com tendência ao extremismo, preocupam constantemente os esquizofrênicos.

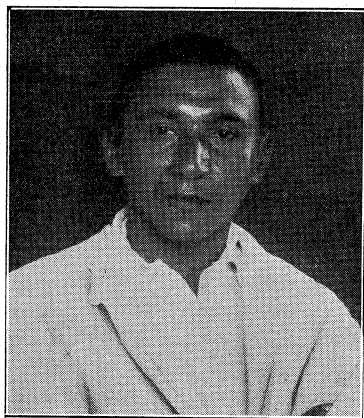



Fig. 14 — Esquizofrenia. Forma catatônia. Seborréia intensa da face

(Observação do autor)

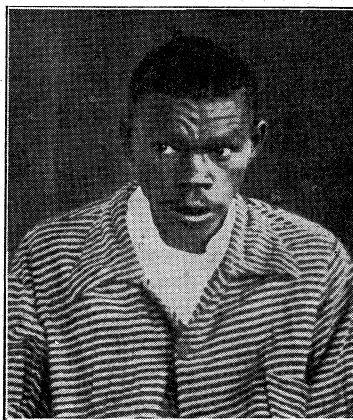



Fig. 15 — Esquizofrenia. Forma hebefreno-catatônica. Alucinações visuais

(Observação do autor)

Se alguém, valendo-se da sua autoridade, buscar desviar essas tendências, procurando esclarecer o espírito dêsses jovens, recebe com espanto respostas as mais insólitas.

Reações intempestivas, cóleras imotivadas, tendências à egolatria ou ao egocentrismo, ou, pelo contrário, auto-depreciação, extravagâncias no modo de trajar, podem ser observadas de forma mais ou menos intensa.

Frequentemente há grande tendência ao devaneio, à fantasia, à vida interior.

Há os que se mostram sobremodo desconfiados, interpretando erroneamente os fátos e denotando grande suscetibilidade. Criticam acerbamente a sociedade em que vivem, os mestres e os homens de destaque, tudo depreciando e demolindo. Só aceitam o que traga o cunho da originalidade, da extravagância, não só no domínio das ciências como no das artes.

A linguagem dos esquizofrênicos é quasi sempre arrevezada, incompreensível, pois que êles se perdem em circunlóquios intermináveis ou interceptam idéias alheias aos temas de que se ocupam. Há neles uma verdadeira obstinação em tudo contrariar, um espírito de contradição exaltado, e, quando chegam a aceitar uma idéia, nunca deixam de fazer restrições.

Outros são céticos, descrentes, irônicos e mordazes.

Há também os reticentes, enigmáticos, retraídos, incompreensíveis, que procuram uma vida de absoluto isolamento, sem deixar que nin-

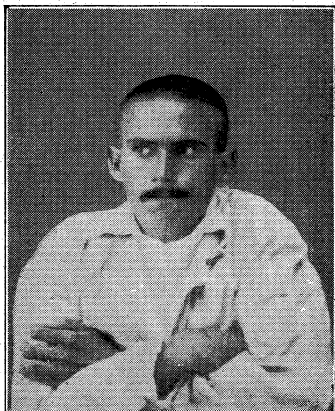



Fig. 16 — Esquizofrenia. Negativismo. Movimentos estereotipados
(Observação do autor)

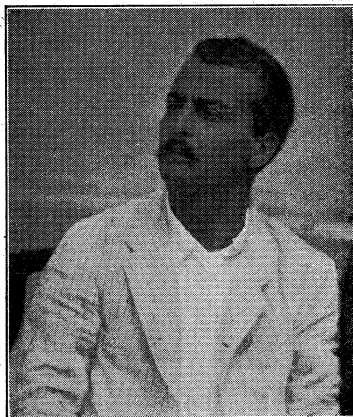



Fig. 17 — Esquizofrenia. Forma paranoide. Atitude arrogante
(Observação do autor)

guém lhes devasse o íntimo, entregues a uma análise mais ou menos conciente do seu *eu*.

No período de estado a sintomatologia já se vai delineando de acôrdo com a forma clínica, mas há sinais que são comuns à maioria dos tipos mórbidos. Assim, a perda do contáto vital, os átos discordantes, a falta de iniciativa, a indiferença absoluta pela família, pelos seus interêsses e pela sua própria pessoa.

A ambivalência se revela em quasi todos os átos que traduzem o entrechoque de sentimentos opostos. Surgem ao mesmo tempo desejos antagônicos : é um querer e não querer, é um avançar e recuar constantes. Daí a grande instabilidade, iniciam certos estudos, passam logo a outros, voltam aos primitivos, dispersando esforços sem determinada finalidade e sem que êles próprios saibam explicar a razão de ser das suas atitudes.

*6. **Formas simples.*** — As formas simples, ditas também heboidofrênicas da esquizofrenia, são aquelas que evoluem silenciosamente. O doente, sem exteriorisar distúrbios sensoriais ou idéias delirantes, vai sofrendo uma dissociação das faculdades intelectuais, afetivas e morais. Nele predominam a abulia, a apatia, a ausência completa e total de interêsse. Despido de qualquer iniciativa, inafetivo, pueril não há fôrça capaz de arrancá-lo do torpor intelectual em que vive.

*7. **Formas hebefrênicas.*** — Nas formas hebefrênicas surgem, em regra, precocemente, distúrbios sensoriais e idéias delirantes polimorfas. Na fase inicial observa-se frequentemente uma excitação psico-

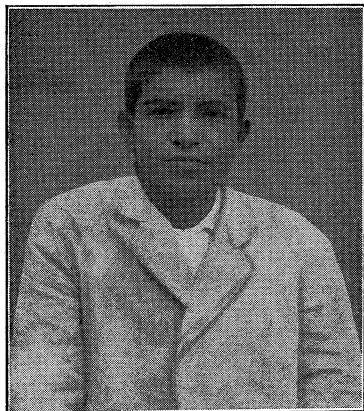



Fig. 18 — Esquizofrenia. Forma apática
(*Observação do autor*)

motora mais ou menos intensa, que se diferencia da excitação maníaca por ser muito mais desordenada. Os átos impulsivos tornam êsses doentes perigosos ao meio social. A discordância, a ambivalência, as distimias fazem parte dêste quadro mórbido.

As falsas interpretações geram, não raro, idéias delirantes de perseguição, hipocondríacas ou de grandeza. Observa-se, em regra, profunda indiferença emocional e também abolição dos sentimentos éticos, donde a prática frequente de átos imorais. Há uma queda do juízo crítico e, não raro, desorientação no espaço, meio e tempo.

*8. **Formas catatônicas.*** — As formas catatônicas se caracterizam pelo aparecimento de sinais somáticos e pela tendência acentuada ao estupor físico e psíquico.

Os catatônicos permanecem numa determinada atitude durante horas, dias, semanas e até meses, sem que dêem demonstração de cansaço. A êsse fenômeno se denominou *catalepsia* ou *flexibilidade cérea.* Adotam êsses doentes determinadas posições, por vêzes sobremodo extravagantes, ou permanecem naquelas que se lhes imprimem.

Faz igualmente parte do quadro catatônico a tendência à repetição de um mesmo movimento, de um mesmo gesto, de uma mesma palavra. São as chamadas *estereotipias.*

Têm êsses pacientes também uma forma original e amaneirada de executar os mais variados átos : uns fazem trejeitos com a face, outros misuras afetadas ou falam procurando imitar sotaque estrangeiro.

O negativismo é caracterizado pela oposição e pela tendência incoercível que têm os catatônicos de tudo contrariar. Recusam-se a aceitar todo e qualquer alimento, tornando-se sitofóbicos, guardam a saliva na boca, resistem aos mais imperiosos desejos de urinar e ainda retêm as fézes. Há os que permanecem despidos, recusando-se a agazalhar-se, mesmo em pleno inverno.

No negativismo ativo o doente é levado a fazer exatamente o oposto daquilo que se lhe pede.

Os catatônicos têm também tendência à prática de átos incoercíveis e impulsivos. Vê-se, assim, por vêzes, um indivíduo sair sùbitamente do estado de imobilidade em que se encontra, para agredir inopinadamente um companheiro, dar uma carreira desabalada ou precipitar-se de uma janela.

9. Formas paranoides. — As formas paranoides são de aparecimento mais tardio, só se manifestando, em regra, depois dos 25 anos. A sua evolução é insidiosa e a moléstia se desenvolve quasi sempre num predisposto constitucional.

Há nesta forma um período prodrômico, que se traduz por mutação do caráter, insônia e idéias delirantes lábeis, absurdas, de caráter persecutório, hipocondríacas ou eróticas. As desordens perceptivas observadas na forma paranoide da demência precoce se caracterizam por alucinações visuais, auditivas, tátis, genitais e cenestésicas. Os doentes revelam marcado egocentrismo, são altaneiros e egolatras, muitas vêzes com tendência ao misticismo, revelando idéias messiânicas.

Fig. 19 — Esquizofrenia. Forma catatônica *(Observação colhida pelo autor)*

Êsse polimorfismo alucinatório alimenta as mais variadas idéias delirantes — de perseguição, de grandeza, hipocondríacas, místicas, de influência.

Não obstante a multiplicidade de idéias delirantes, a evolução da doença tem, na maioria das vêzes, decurso lento, sem que se observe, salvo no período final, grande decadência do nível intelectual do doente.

10. Sintomas físicos. — Em todas as formas clínicas da demência precoce se pode notar o aparecimento de distúrbios somáticos, que concorrem, sobretudo na fase incipiente, para se precisar o diagnóstico da afecção. A face do doente se cobre de uma secreção gordurosa, tornando-a oleosa e brilhante. Nas moças há, com frequência, o aparecimento de pêlos e manchas na pele, indicando disfunção endócrina.

As desordens neuro-vegetativas: cianose das extremidades, que se tornam frias e cobertas de suor, são observadas na maioria dos casos.

Além disso se consignam: tremores; exaltação dos reflexos tendinosos; desordens no ritmo do sono; aumento de volume da tiroide, com sinais frustos de hipertiroidismo. As desordens do metabolismo

vão se agravando com o progredir da doença. Assim, na fase crônica, há um grande e anormal desenvolvimento do tecido adiposo, com considerável aumento de pêso do doente.

*11. **Diagnóstico.*** — O diagnóstico da demência precoce se funda nos sintomas essenciais da afecção : distúrbios na esfera afetiva, desordens na associação ideativa, interceptação do pensamento, perda da capacidade pragmática.

O diagnóstico diferencial da forma apática ou heboidofrênica tem que se fazer com os diversos tipos da debilidade mental. O estudo dos antecedentes pessoais, da personalidade pré-psicótica, muito virá favorecer o diagnóstico diferencial.

Quando houver predominância de manifestações mórbidas atingindo a esfera moral, faz-se mistér estabelecer-se a distinção com a loucura moral.

Também as sequelas psíquicas da encefalite epidêmica podem dar lugar a confusão com as formas simples da demência precoce.

Na modalidade hebefrênica importa se distinguir, no início, dos síndromos neurastênicos e psicastênicos, da histeria, da excitação maníaca, da depressão melancólica, conforme o colorido com que se apresentar a sintomatologia psíquica.

A forma catatônica pode ser confundida com certos tipos da confusão mental, da melancolia, da epilepsia e da paralisia geral, quando estas se apresentarem complicadas de fenômenos catatônicos.

A forma paranoide, sobretudo no período inicial, dá margem a sérias dificuldades no que tange à diferenciação do alcoolismo, da paranoia e da paralisia geral incipiente. Entretanto, um cuidadoso estudo da fase pré-psicótica, a meticulosa observação dos sintomas e, sobretudo, o caráter evolutivo da afecção, fornecem em regra subsídios de incontestável valia no estabelecimento do diagnóstico diferencial.

*12. **Prognóstico e tratamento.*** — Há tempos passados, quando a terapêutica psiquiátrica não havia ainda beneficiado dos modernos processos hoje adotados no combate à demência precoce, o seu prognóstico era infausto. Raros eram os casos em que tinha lugar uma remissão espontânea. As descobertas de SAKEL e de VON MEDUNA vieram, entretanto, modificar o conceito da incurabilidade da demência precoce. Consiste o processo de SAKEL no emprêgo de doses progressivas de insulina, visando se obter o estado de coma hipoglicêmico. Instalado êste, dêle é o doente arrancado mercê da ingestão de soluções açucaradas, levadas ao estômago por meio de uma sonda, ou de injeções concentradas de glicose aplicadas por via endovenosa.

O método preconisado por VON MEDUNA tem por objetivo despertar crises convulsivas, as quais são provocadas por meio de injeções de

Cardiazol, aplicadas em doses altas (3 a 10 c.c.) e introduzidas ràpidamente pela via intravenosa.

Nem sempre as remissões conseguidas por êsses novos processos terapêuticos são completas e duradouras, mas, a despeito disso, em muitos casos se nota o integral restabelecimento da personalidade anterior, tanto na esfera afetiva, como na mental e na moral.

13. Aplicações médico-legais. — Sob o aspecto médico-legal, a demência precoce tem capital importância, dada não só a frequência da afecção, como e sobretudo a tendência manifestada pelos esquizofrênicos para a prática delituosa.

Movidos por idéias delirantes, que dependem tanto de alucinações como de falsas interpretações, destituidos das poderosas fôrças frenadoras exercidas pela esfera afetiva, agem os esquizofrênicos, entregues às suas impulsões, com extremada violência.

Revendo as estatísticas levantadas no Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, dos casos recolhidos no espaço que vai de 1934 a 1936, deparamos, num total de 288 internados, 56 doentes com o diagnóstico de esquizofrenia. Dêstes, quarenta eram homicidas, seis tinham sido pronunciados por ferimentos leves, um fôra arguido por roubo, um por furto, um por latrocínio, um por atentado ao pudor e dois não tinham ainda classificação.

A maioria dos dementes precoces praticam átos delituosos no meio em que vivem, pois é justamente na fase inicial da doença, no chamado período médico-legal ou fase de latência, que ocorrem as tendências aos átos de violência.

Prova disso nos dá o grande número de átos de violência levados a efeito contra as pessoas da própria família, contra as quais êsses doentes se revoltam desde logo, manifestando incontida intolerância, extrema susceptibilidade, irritando-se e demonstrando propósitos agressivos pelo motivo mais insignificante e, as mais das vêzes, sem razão alguma.

Frequentemente, o demente precoce é vítima de idéias delirantes de perseguição, que o levam a focalizar sôbre determinada pessoa ou grupo de pessoas o seu desejo de desfôrço. Passa, assim, de perseguido a perseguidor. Nessa fase é que a sua perigosidade é extrema, exigindo imediata internação num estabelecimento adequado, para se preservar o meio social das suas reações mórbidas.

As idéias delirantes podem levar o esquizofrênico a praticar auto-mutilações, quando não a tentar contra a própria vida.

No período de estado da doença, quando já há dissolução da personalidade, os átos delituosos se revestem de caráter súbito, imotivado e absurdo, sem serem precedidos do menor indício revelador do propósito do doente. Daí o perigo que oferecem. Nessa fase, indiferentes ao

meio social, os esquizofrênicos podem praticar atentados ao pudor, roubos e as mais diversas infrações.

As fugas dos dementes precoces não são raras e nem sempre é fácil distinguí-las das que são praticadas pelos epiléticos.

Todo áto delituoso praticado imotivadamente ou sem motivo plausível, por um jovem tendo dado anteriormente demonstração de desequilíbrio mental ou mesmo quando se tenha revelado perfeitamente normal, deve merecer cuidadosa observação antes de se chegar a um juízo definitivo.

Indício de que muitas vêzes a justiça age precipitadamente, sem determinar prévio exame mental dos delinquentes em estabelecimento apropriado e por médicos habilitados, reside no grande número de sentenciados recolhidos aos Manicômios Judiciários, transferidos das Penitenciárias, onde não só se não adaptaram, como também demonstraram, no decurso do cumprimento da pena, distúrbios psíquicos evidentes, na sua maioria enquadrados no grupo esquizofrênico.

O Prof. Heitor Carrilho, ao tratar dos aspectos médico-legais das esquizofrenias, conclue acertadamente: "Ressalta, entretanto, para os efeitos práticos e elevados da defesa social, a noção importante que decorre da afirmação da temibilidade dos esquizofrênicos. A simples caracterização psicológica dêsses enfermos e a verificação ou análise dos delitos que, por vêzes, cometem, bastam para definir-lhes a periculosidade. A afetividade paradoxal, a impulsividade decorrente da anulação da vontade, as súbitas explosões do sentimento de ira, as crises de furor de origem exógena ou endógena, as ações automáticas permitindo o triunfo dos sentimentos paradoxais, a discordância, a ambivalência determinando a manifestação de sentimentos opostos, tudo isso, aliado ainda mais a idéias delirantes e alucinações, confere a êsses doentes um alto grau de temibilidade, que o perito tem obrigação de afirmar no interêsse da defesa social.

Deshumano seria concorrer para a condenação dos esquizofrênicos que delinquiram. Maior deshumanidade seria, porém, permitir que permanecessem em pleno meio social, ameaçando-o com a sua iminência delituosa. Absolvido das suas reações anti-sociais, devem ser recolhidos, como o são no Rio de Janeiro, ao Manicômio Judiciário, cuja finalidade médico-legal e social altruista permite que, a um tempo, se conciliem os interêsses médico-terapêuticos individuais com os de defesa social contra a atuação nociva de psicopatas de temibilidade comprovada". Idêntico critério é seguido no Manicômio Judiciário de São Paulo.

CASO N.º 7 — *Demência precoce. Fratricídio praticado no chamado período médico-legal.*

Qualificação. — José Buc., com 32 anos, solteiro, sírio, natural de Ass-Baia (Síria), procedente de Araraquara, internado no Hospital em 1.º de janeiro de 1925.

Fátos. — José Buc. emigrou para o Brasil em 1911. Aquí chegado, foi agenciar a vida em Pontal, neste Estado, onde já se encontrava, a êsse tempo, um seu cunhado estabelecido com loja de fazendas.

No fim de alguns anos, como os negócios prosperassem, J. Buc. chamou para junto de si seus irmãos Miguel e Afife, tendo permanecido na Síria unicamente sua velha mãe e sua irmã Salma.

Por motivos que nos não foram perfeitamente esclarecidos, Miguel, pouco depois de sua chegada, assassinou um patrício seu. Foi absolvido dêsse crime, mas os seus acharam de melhor aviso saírem de Pontal.

Mudaram-se para Araraquara, cidade maior e de comércio mais intenso, e não tardou muito para que a família Buc., desenvolvendo grande atividade, alcançasse lugar de destaque entre os negociantes da localidade. Foi então que uma preocupação séria começou a assaltar a imaginação de todos dessa família : — Os patrícios que chegavam da Síria davam más notícias da irmã que lá ficára ; diziam-na noiva de um médico armênio, homem de posição e de bens, mas o casamento não se realizava, acrescendo a circunstância de residir o noivo em casa da noiva, com ela viajando a sós.

Em vista disso, José, que era quem mais se preocupava com a situação de Salma, resolveu mandar buscá-la.

A recém-chegada, porém, não se adaptou bem ao nosso país, tendo sempre manifestado o desejo de voltar para a sua terra natal, o que muito contrariava os irmãos.

Assim é que tinha frequentes altercações com José e não raro acontecia ser pelo mesmo maltratada fìsicamente, por tal forma que chegou a queixar-se à polícia.

Nessa ocasião, refere uma das testemunhas (o Miguel L.), Salma dissera que o irmão prometia matá-la e em seguida enterrá-la no quintal.

No dia 11 de junho de 1924, Salma saiu de casa, dirigindo-se, como era seu costume, para a casa de sua irmã Maria Haddad. No dizer da 2.ª testemunha que depôs no processo (Miquelina de F.) era intento da mesma embarcar nesse dia para Matão e de lá seguir viagem para a Síria. Mas, ao invés de dirigir-se para a estação, entrou em casa de sua irmã Maria.

Não tardou que José também alí aparecesse à sua procura. Encontrou-a nos fundos da casa, num depósito de cal ; agarrou-a pelo braço e desceu com ela ao quintal. Aí, à margem de um córrego, junto a um bambual, desferiu-lhe 15 facadas, prostrando-a morta.

Praticado o crime, que não teve testemunhas de vista, o criminoso cobriu o cadáver da vítima com um saco de estopa e dirigiu-se para as proximidades da casa, tendo ainda nas mãos a arma homicida.

Nessa ocasião apareceu-lhe a sua irmã Maria, a quem confessou o crime, sem a menor hesitação. Auxiliado por Maria, troca as vestes tintas de sangue por outras de seu cunhado, lava as mãos e volta para a sua residência à rua do Comércio.

Em casa se encontrava o seu irmão Miguel, que, por sua vez, inteirado do ocorrido, cuidou de auxiliar o irmão na fuga. José, depois de trocar novamente de roupa, foi à procura de um conhecido, com a intenção de tomar emprestada a quantia de cinco contos de réis, quantia essa que lhe foi recusada. Em seguida contratou um automóvel para conduzí-lo a Matão, tendo passado antes pela casa de Said S., a quem convidou para juntos fazerem a viagem, dizendo-lhe que ia ao encalço de um negociante que se enganara em umas contas. Said anuiu ao convite, tendo ambos partido juntos. Nas proximidades de Matão, o criminoso fez parar o automóvel, e despediu-se de seu companheiro, acrescentando :

"Agora vou dizer a verdade : eu matei minha irmã. Adeus para sempre". E embarcou em outro automóvel com Jorge H., que aí se achava à sua espera. Continuando a viagem, José passou por Matão, dirigiu-se para Nova América, tendo aí tomado destino desconhecido e tendo Jorge H. regressado no mesmo automóvel.

Onze dias depois do crime foi José Buc. descoberto e prêso numa fazenda do município de Itápolis.

Conduzido à Delegacia Regional de Araraquara, o criminoso confessou o delito, sem fazer entretanto referências à sua fuga, tendo alegado completo esquecimento de tudo quanto se passára após o crime, pois ficára cego e como louco. Disse lembrar-se unicamente de ter ido para a casa e de ter mais tarde tomado um automóvel em companhia de Said S.

Interrogado sôbre o motivo pelo qual tinha sido levado a cometer o delito, fez as seguintes considerações:

Indo à casa de Maria Haddad, surpreendeu Salma junto do córrego que passa nos fundos do quintal, conversando com um desconhecido que, ao vê-lo, fugiu. Interpelou então a irmã, convidando-a a voltar para casa. Salma, em resposta, bateu-lhe no rosto com um sapato. Êle, em represália, sacou de uma faca e desferiu vários golpes na irmã, até prostrá-la morta.

Estas declarações, segundo apurou a autoridade local, não são verdadeiras, conforme se infere do seguinte tópico do relatório policial:

"Inverosímil se me afigura essa versão do criminoso.

Aquele homem com quem Salma conversava é méra fantasia do assassino. Salma era moça reconhecidamente honesta. Durante a necrópsia, pelo exame ginecológico ficou perfeitamente verificada a virgindade da desventurada moça. Além disso, ela não falava português e, portanto, si estava conversando com algum homem, seria necessariamente com um sírio, e é incrível que José Buc., há tantos anos residente nesta cidade, não conheça, traço por traço, todos os seus patrícios aquí residentes.

Mentiu o criminoso nesse ponto e, com essa mentira, em que transparece uma alusão injuriosa à pureza de sua desgraçada irmã, o sanguinário sírio apenas consegue aumentar o horror da sua situação.

Também não pode ser exato que Salma lhe tivesse batido no rosto com um sapato. Si o tivesse feito, o sapato estaria fora do pé, eis que é o próprio criminoso que nô-lo diz.

José esfaqueou a irmã, logo depois de lhe ter ela batido no rosto com o sapato, e que a abandonou logo depois que a viu caída, morta.

Quem, pois, colocou o sapato no pé de Salma, si é exato que o cadáver foi encontrado calçado com sapato de couro preto?

O motivo verdadeiro do crime ou é inconfessável ou não existe. O fáto de lhe ter Salma batido com o sapato no rosto, a ser verdadeiro, constituiria um motivo frívolo agravante do crime. Mas, nem êsse motivo frívolo existe.

José Buc. praticou um crime inútil e covarde, sem motivo algum, apenas por uma maldade inata, revelando o seu inteiro negrume, um temperamento cruel de delinquente".

Na prisão, José Buc. começou a manifestar sintomas denunciadores de perturbação mental, caracterizados por insônia, recusa de alimentos, crises de agitação, depois das quais apresentava ferimentos e equimoses por todo o corpo, contusões essas que foram atribuidas a auto-mutilações.

Ouvido o Dr. Promotor Público, com despacho favorável do Dr. Juiz de Direito, foi o criminoso, por determinação do Dr. Secretário da Justiça, removido para êste Hospital, onde o examinámos.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA. — ANTECEDENTES (Colhidos de informações prestadas pela família):

a) *hereditariedade.* – Não há caso de moléstia mental nos antecedentes de José. Um seu tio, falecido em Nova York, era epilético.

b) *pessoais.* – Foi na infância muito doente. Não conseguimos apurar quais as moléstias que o acometeram. Menino bem comportado, de inteligência medíocre,

frequentou escolas e recebeu regular instrução. Manifestou, desde cedo, pendor para o comércio, tendo a êle se dedicado desde a adolescência. Mui devotado ao trabalho, cioso do cumprimento de seus deveres, José nunca revelou nenhuma anormalidade na conduta ; todavia, sempre foi um tanto esquivo, reservado e misantropo. De gênio violento, dava-se ao uso do alcool, sem porém se exceder demasiadamente. Os primeiros sinais de desequilíbrio mental foram notados há cêrca de um ano ; tornou-se colérico, irritadiço, falando constantemente na preocupação que o empolgava, da deshonra da família, motivada pelo mau proceder de Salma.

Exame somático. — Trata-se de um homem de estatura meã, moreno, de cabelos e barba pretos, apresentando caracterísiticos bem pronunciados dos da sua raça.

Dados antropométricos. —

162 - 0,16 - 0,17 - 0,31 - 0,535 - 0,255 - 0,280 - 0,535 - Ultra braquicéfalo.
Pêso — 51 quilos.

Não foram encontrados vícios de conformação congênitos ou adquiridos.

Habitualmente tristonho, cabisbaixo, calado, anda de um para outro lado, cofiando o bigode, em atitude de quem está muito preocupado. De vez em quando para, gesticula e continua o seu caminho.

Outras vêzes senta-se e fica a olhar para o chão horas inteiras, sem dar fé dos que se acercam da sua pessoa.

Tem frequentes insônias agitadas. Na noite de 16 de janeiro teve uma crise violentíssima de agitação noturna e atirou-se de encontro à porta do quarto, e bateu com a cabeça pelas paredes.

Tentou agredir os enfermeiros que o socorreram e que se viram obrigados a aplicar-lhe um meio de contenção, afim de evitar maior dano.

Pela manhã estava mais calmo, porém ansioso e pedindo insistentemente que o deixassem sair da cela. Perguntado sôbre o seu estado e sôbre a origem das equimoses que apresentava, não respondeu e pôs-se a encarar-nos com olhar vago, inexpressivo, perplexo. Nesse dia recusou alimentar-se, só tendo aceitado um pedaço de pão e algumas canecas de água. Crises semelhantes repetiram-se por mais de uma vez, mas sem a intensidade e a duração da primeira.

Quando não pode conciliar o sono, José não fica deitado : — levanta-se, dobra o colchão, arrasta a cama para os lados, agacha-se e põe-se a espreitar em baixo da cama, nas frestas, em atitude de quem investiga.

Uma vez, de noite, fomos encontrá-lo a cantar, em voz surda, cantigas árabes monótonas e tristes como salmos.

Refletividade. — Reflexos tendinosos exaltados. Cremasterianos e abdominais, presentes. Nenhum sinal denunciador de lesão da via motora.

Pupilas. — Iguais, bem conformadas, reagindo bem à luz e à acomodação.

Sensibilidades. — Térmica, dolorosa e tátil presentes.

Algum tremor digital.

Estado de nutrição geral. — Precário. Come pouco às refeições. Prefere comer exclusivamente pão e, algumas vêzes, até a isso se recusa. As suas funções digestivas não se fazem com regularidade : língua saburrosa, fastio, sialorréia, prisão de ventre rebelde. O exame das fézes revelou presença de verminose.

Aparelho circulatório. — Funciona satisfatoriamente. Pulso 84 por minuto. A notar o seguinte : mãos e pés frios e cianóticos.

Exames paraclínicos : —

Ausência de produtos anormais na urina.

Wassermann negativo no sangue.

Albumina e linfocitose no líquido céfalo-raqueano, normais : reação de Wassermann e do benjoim coloidal, negativas.

EXAME PSÍQUICO. — Grau de cultura rudimentar. Conseguiu efetuar, sem erros, uma soma. Recusou-se a fazer outros cálculos.

Escreve mal o português, mas dizem que conhece bem a língua árabe.

ATENÇÃO. — Saltuária e muito instável. Só com muito esfôrço se consegue arrancar-lhe mais de três ou quatro respostas sôbre um mesmo assunto.

Por vêzes mui confuso, outras ocasiões mais lúcido, porém não completamente.

O exame dos escritos só pode ser feito quanto à forma gráfica, que denuncia leve tremor digital, frequentes interrupções e rabiscos.

A memória dos fátos antigos e recentes parece bem conservada, conquanto de investigação difícil.

NOÇÃO VAGA DO TEMPO. — Sabe que está em 1925, não pode porém dizer o dia e o mês, porque não tem folhinha à mão. Boa *orientação* de lugar : sabe que está no Juquerí. Indiferente ao meio, quando interrogado sôbre a condição dos que aí se encontram, responde : "São brasileiros, portugueses, tudo gente como nós".

DESORDENS DA PERCEPÇÃO. — Ilusões visuais. Toma pessoas que nunca viu por velhos amigos de Araraquara. Insiste em chamar Lauande a um enfermeiro que não conhece.

ALUCINAÇÕES AUDITIVAS. — Ouve que o chamam pelo seu nome e que lhe dizem — "Olha que te mato". A isso responde — "Não podem me matar. Vocês não devem fazer isso".

Delírio difuso, desconexo, incoerente, de caráter depressivo, com predominância de idéias de fundo persecutório.

Seguem-se alguns fragmentos de suas idéias delirantes, coligidas em diferentes dias.

17/1/1925. "Todos os meus patrícios sabem. Tem um que é o culpado. O carcereiro me escangalhou. Êle, seu Antonio, me cortou a água. Me judiaram, me cacetearam. Eu tinha uma fôrça que nunca vi, agora estou fraco, estou ruim. Lá em baixo tem fôrça grande.

O Snr. me faça um favor, não deixe. Tudo é a favor do país. Está tudo arranjado. Estou junto do povo. Me escangalharam, é a bandeira brasileira. Eu ia casar com a filha do Dr. Plínio de C. E' sim o prefeito de Araraquara.

O Dr. compreende, não devem fazer isso".

Cai novamente em pranto convulsivo, diz palavras em árabe, esfrega as mãos na cabeça desesperadamente, e continua :

— "Sou um homem que não faço mal a ninguém. O Snr. vá na casa Barros, no Agostinho Rodrigues, e pergunte quem é o José Buc.".

Cai novamente em pranto.

— "Estou perdido, desgraçado, foi Haddad com o Salim que me arruinaram. Me cacetearam, me roubaram. Não precisa advogado nem nada. Eu queria mudar a loja para a cadeia ; não me deixaram. Estou perdido, o Snr. me adiante aquele me desempata. — A freguezia de Araraquara toda me desempata ; eu vendia 100:000$000 de tecido por mês, conhece, em telegrama. Êle não está aí. O Nicolau Lauande está na avisão. Posso ir no aeroplano".

26/2/1925. "O povo sempre diz que precisa ser assim. Os sírios, os brasileiros são a meu favor. Um me escangalhou.

Uma pessoa me enganou de inveja, mas êle cái.

Eu não queria. Me puzeram na cadeia. Mas, para que me desgraçaram?

Não acha? Não sei que me fizeram. Eu falava pela raiz. Me desgraçaram, eu que estava tão bem".

Durante o período em que esteve sob a nossa observação, prevaleceram sempre as idéias delirantes contidas nos fragmentos acima.

Quando é interrogado sôbre o crime, aí se mostra esquivo, inabordável, a responder com evasivas.

A princípio negava sempre que houvesse praticado qualquer crime. Mais tarde resolveu confessar que de fáto assassinára a irmã. Não conseguimos, porém, alongar a palestra com êle neste assunto, porque, invariavelmente, *mutatis mutandis*, respondia por esta forma : "Não sei bem o que aconteceu. Uns dizem que Salma ainda vive, outros dizem que a matei. Mas é história, o povo é que fala".

Fica muito emocionado quando se toca no assunto, irrita-se e até nos ameaça de agressão.

Às vêzes pede para sair da cela, pede para voltar para a cadeia. Põe-se a chorar e eis que bruscamente se lhe modifica o humor por completo : põe-se então a rir, num riso atoleimado, alvar, e a fazer perguntas infantís, até que por fim pede cigarros.

A mais completa indiferença ao meio social e à família. Inafetividade : não pergunta pelos seus, não reclama visitas, não escreve cartas. Perda da iniciativa.

Segundo informações de que estamos de posse, José Buc. tentou suicidar-se na cadeia de Araraquara, por meio de cordel amarrado ao pescoço.

Capacidade de trabalho, nula.

DISCUSSÃO E APRECIAÇÃO. — As circunstâncias em que tal crime foi praticado, a atitude da família, antes e depois do delito, não afastavam a possibilidade de se tratar de um caso de simulação de loucura.

A nossa primeira preocupação foi, pois, procurar esclarecer essa hipótese. Seguindo a orientação moderna, pusemos de parte não só todos os processos tidos por "violentos" como também quaisquer meios condenáveis de investigação, como, por exemplo, os que foram preconizados pelos psiquiatras do século passado (sugestão, fraude, etc.).

Limitámo-nos a praticar um exame rigoroso do paciente, meio de que sempre nos utilisamos com excelentes resultados e que é aconselhado por CHAVIGNY nos seguintes têrmos :

"Il n'existe pas de procédés de diagnostic de la folie simulée et, dans les cas difficiles, on ne peut être renseigné que par examen minutieusement méthodique et complet du malade".

Assim é que, depois de uma observação longa, acurada e imparcial, nós nos certificámos de que não se tratava de nenhum simulador, mas simplesmente de um indivíduo que apresentava sinái̇s somáticos e psíquicos de uma determinada psicose.

Vejamos quais as relações entre o crime praticado por José Buc. e a psicose por êle apresentada.

As reações impulsivas, apresentadas pelos dementes precoces, têm sido assinaladas pelos psiquiatras de todo mundo.

Tal foi a frequência dos crimes praticados no período inicial da demência precoce que até ficou convencionado se désse a êsse período o nome de *período médico-legal da demência precoce*, por analogia com o "período médico-legal da paralisia geral", já anteriormente estabelecido.

Entre os numerosos autores que se ocuparam do assunto, destaca-se G. DENY, que fez a êsse respeito os seguintes comentários :

"À la phase de debut, appellée quelquefois, non sains raison, *phase médico-legal*, les troubles du caractère et les déviations des sentiments affectifs et moraux, sont le plus souvent le point de depart de reactions anti-sociales, dont le caractère morbide est d'autant plus facilement meconnu que à cette periode les troubles intellectuels proprements dits sont moins accusés.

Les plus frequents, parmi ces réactions, sont : le vagabondage, les rixes, les vols, les attentats aux mœurs, la prostitution, les incendies, les meurtres, etc.

Pour appreceir la veritable nature de ces delits ou de ces crimes on s'appuiera :

1.º) Sur l'étude aprofondie des antécédents du sujet on devra surtout s'attacher à mettre en lumière si les actes qui lui sont raprochés contrastent violemment avec ses habitudes, sa conduite et tout sa manière d'être anterieurs ;

2.º) Sur la connaissance exacte des circonstances dans lesquelles ces crimes ou délits ont été commis : la puerilité, la niaiserie, l'absudité, l'absence de mobile de ces actes, parfois leur caractère stereotypé quand ils sont renouvelés, etc., constitueront des precieux éléments de diagnostic ;

3.º) Sur la recherche minutieuse de tous les petits signes avant-coureurs de crises convulsives, etc."

Outra grande autoridade no assunto, o professor TANZI, escreveu na sua "*Psichiatria forenze*, Ed. 1911. Casa Vallardi (pag. 405-406"), as seguintes palavras :

"I delitti che i dementi precoci possono compiere sono d'ogni modo. E' caracteristica la loro motivazione sempre futile, fantastica, spesso del tutto insensata, inesplicabile e persino inesprimibile. Ora si tratta di azione compiute per un impulso improviso, per una crise di eccitamento incoerente e disordinato ; ora di violenze determinate da un delirio persecutorio, chimerico, frivolo, grotesco, che sembra simulato, tanto è sciocco e privo di moventi passionali".

"Talvolta, specialmente in casi iniziali, i delitti dei dementi precoci hanno tutta l'aparenza di atti meditati, derivanti dall'intima constituzione del carattere che tutta al piú si considera come da qualche tempo mutato nel senso d'un pervertimento, dell'immoralitá, del cinismo. La malattia puó passare insospettata e rivelarsi piú tardi, a procedimento inoltrato e addirittura durante l'espiazione della pena, coi sintomi consueti".

"Forse anche la detenzione influisce ad aggravare la sindrome o dà maggiore resalto a sintomi rimasti sin all'ora latenti, come la allucinazione e i deliri. E' un fatto ad ogni modo che buon numero di questi casi in cui la pazzia sembra esplodere improvisamente, per exempio certi detenuti giovani e non pochi militari, appartengono alla classe dei dementi precoci non riconosciuti in principio di malattia".

Ora, quer nos parecer que o crime praticado por José Buc. se enquadra perfeitamente na esfera dos delitos praticados na fase médico-legal da demência precoce.

Não nos foi possível estudar aprofundadamente os antecedentes do criminoso ; entretanto, pelo que apurámos, o áto por êle praticado contrasta com o seu proceder anterior.

Por sua vez, as circunstâncias que cercaram o crime, absurdidade, futilidade, ausência de móvel, são bem patentes, conforme se infere do relatório policial, onde se lê êste tópico : — "O fáto de lhe ter Salma batido com o sapato no rosto, a ser verdadeiro, constituiria um motivo frívolo, agravante do crime. Mas nem êsse motivo frívolo existe. José Buc. praticou um crime inútil e covarde, sem motivo algum, apenas por uma maldade inata, revelando o seu inteiro negrume, um temperamento cruel de delinquente".

São também dignas de menção a falta de lógica, a discordância e o proceder estranho de José, após o crime :

a) O criminoso, ao preparar-se para a fuga, convida um patrício a acompanhá-lo, dizendo-lhe que ia fazer umas cobranças comerciais. Em caminho despede-se do companheiro, abandona-o na estrada, tendo antes confessado o crime.

b) Depois de prêso, o criminoso confessa o crime, mas se obstina em reconstituir a fuga, alegando falta de memória.

c) As incoerências, a fabulação e as obtusões que constam do depoimento do criminoso são bastante evidentes.

Finalmente, o início da psicose, sua evolução e o estado atual do doente nos autorisam a estabelecer a seguinte conclusão :

SÍNTESE —

1) Tio epilético. Irmão homicida.
2) Infância eivada de enfermidades.
3) Esquivo, reservado, misantropo desde a adolescência.
4) Preocupação exagerada com a honra da família e com a conduta da irmã, preocupação essa que se tornou obsidente.
5) Tendência impulsiva (Violento, mata a irmã sem motivo justificado, alegando depois as mais frívolas razões).
6) Incoerências, obtusões e fabulação nos depoimentos.
7) Desordens da percepção (Ilusões visuais. Alucinações auditivas).
8) Estado de nutrição geral precário (Diminuição da fôrça muscular. Extremidades frias e cianóticas. Salivação abundante. Sitiofobia. Insônias agitadas).
9) Alternativas de excitação e depressão (Variabilidade de humor. Riso e chôro imotivados).
10) Auto-mutilações e tentativas de suicídio.
11) Delírio difuso, desconexo, ilógico, incoerente, de caráter depressivo, com colorido persecutório.
12) Indiferentismo. Apatia. Perda da iniciativa. Inafetividade. Incapacidade para o trabalho.

DIAGNÓSTICO —

Demência precoce hebefrênica.

QUESITOS —

1) O réu José Buc. sofre de alienação mental?
— Sim. José Buc. está atacado das faculdades mentais.

2) Em caso afirmativo, é contínua ou tem lúcidos intervalos?
— E' de marcha contínua, com alternativas de excitação e depressão.

3) E' geral ou parcial?
— A mentalidade está comprometida no seu todo.

4) Qual a espécie ou gênero?
— Demência precoce hebefrênica.

5) O fáto criminoso foi cometido ou podia ter sido cometido em estado ou áto de loucura, ou em lúcido intervalo?
— Dadas as circunstâncias em que foi o crime praticado, acreditamos que tenha sido cometido em estado de loucura.

6) O estado do paciente no áto de cometer o fáto criminoso pode ser considerado como de privação ou perturbação completa dos sentidos e da inteligência?
— No nosso entender pode.

7) O fáto criminoso tem relação com a espécie de loucura manifestada pelo réu?
— Sim. As reações mórbidas são frequentes no início da demência precoce.

8) A segurança pública exige a internação do paciente em estabelecimento adequado?
— Exige.

Tal é o nosso parecer.

Hospital de Juquerí, em 7 de março de 1925.

(a.) Dr. A. C. Pacheco e Silva (relator).
(a.) Dr. João de Monlevade.

Sob o ponto de vista da capacidade, é evidente não disporem os esquizofrênicos do necessário equilíbrio psíquico, indispensável aos átos da vida civil. Eis um caso típico:

CASO N.º 8. — *Esquizofrenia. Parecer médico-legal para efeito de interdição.*

Nós, abaixo assinados, Dr. A. C. Pacheco e Silva, professor catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade, Diretor Geral da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, etc., e Dr. André Teixeira Lima, Vice-Diretor do Manicômio Judiciário, etc., peritos nomeados para procederem a exame mental na pessoa de Dona D. V. E., presentemente recolhida ao Sanatório Pinel, depois de preenchidas as formalidades legais, observaram detidamente a paciente, elaborando, em seguida, o presente relatório médico-legal.

Fátos. — O exame mental, de que trata o presente relatório médico-legal, foi procedido por determinação do Exmo. Snr. Dr. Luiz Torres de Oliveira, M. Juiz de Direito da Comarca de Sorocaba, nos têrmos do artigo 572 § 2.º do Código de Processo do Estado, afim de se proceder à interdição da paciente, atendendo ao requerimento dirigido àquela autoridade por Dona L. V. E., mãe da interditanda.

Qualificação. — Dona D. V. E., com 45 anos, branca, brasileira, solteira, professora pública, residente em Sorocaba, encontra-se atualmente recolhida ao Sanatório Pinel, em Pirituba, onde deu entrada a 28 de janeiro de 1937.

Observação clínica. — Antecedentes hereditários: Segundo os informes que nos foram prestados pela família da paciente, há vários casos de psicopatias entre os seus antepassados e colaterais. Ao que diz respeito aos antecedentes pessoais, cumpre considerar ter sido a paciente, até o ano de 1924, tida como pessoa normal; cursou regularmente as escolas, obteve o diploma de professora, dando, ao depois, cabal desempenho às suas obrigações, no exercício das cadeiras que ocupou.

Em 1924 surgiram as primeiras manifestações mentais, que levaram a paciente à presença de vários médicos especializados, sendo, finalmente, recolhida ao Instituto Paulista, onde ficou sob os cuidados médicos do prof. E. Vampré, que firmou, naquela ocasião, o diagnóstico de catatonia. A paciente melhorou e foi, si bem que ainda apresentasse alguns pequenos desvios no psiquismo, reconduzida ao meio familiar.

Mais tarde, novas manifestações mentais, caracterizadas por átos extravagantes e tendência à prática de desatinos, levaram os parentes a interná-la no Hospital de Juquerí, onde deu entrada a 15 de maio de 1928, de lá saindo, sem alta, retirada pela família, em 15 de julho de 1928. Ultimamente, residia Dona D. em companhia da família, na cidade de Sorocaba.

A-pesar-de conversar, por vêzes, com certa coerência, os seus átos não deixam, segundo os informes colhidos no meio familiar, de traduzir a existência de transtornos mentais. Entre êstes, há a destacar o desalinho no vestuário, o pouco cuidado no

trato pessoal, a indiferença pelo meio social, a ponto de se prestar ao riso e à chacota popular, dada a forma extravagante de se trajar e de se comportar em público.

Deixou-se conduzir ao Sanatório, não tendo protestado contra a sua internação, adaptando-se fàcilmente ao regime nosocomial.

Nota-se-lhe grande indiferença pelo ambiente, pela família e pela sua própria pessoa. Passa, no hospital, os dias a perambular pelos jardins, abstrata, mergulhada dentro de si mesma. Não tem a menor iniciativa, limitando-se a obedecer automaticamente ao convite das enfermeiras, sem relutar, quando se trata de se submeter a um exame, aos cuidados de asseio corporal ou de tomar as refeições.

Por vêzes se a surpreende a falar com um interlocutor imaginário, balbuciando palavras, ora fazendo trejeitos com a boca, ora rindo-se imotivadamente.

Responde às perguntas que lhe são dirigidas sem indagar da finalidade das mesmas, algumas vêzes com maior precisão, mas, em regra, de modo reticente e por evasivas.

Pudemos consignar a existência de idéias delirantes polimorfas. Disse, certo dia, que o hospital ia ser vendido, que o mundo ia se acabar.

A memória não está sèriamente comprometida, tanto para fátos antigos como recentes, si bem que se observam lacunas e certa confusão na seriação cronológica dos fátos. A atenção, como já dissemos, é saltuária, sendo difícil se fixar e, quando tal ocorre, se exaure fàcilmente.

A afetividade está embotada e o juízo crítico e os sentimentos éticos também se encontram comprometidos.

No respeitante ao exame físico faz-se mister assinalar :

Boa constituição física e regular estado de nutrição. Esquelêto simétrico, ausência de vícios de conformação congênitos ou adquiridos. Pele sem manchas ou cicatrizes. Mucosas visíveis de coloração normal. Acusa esternalgia moderada. Não há ganglios palpáveis.

APARELHO RESPIRATÓRIO. — Tórax do tipo mesostênico, bem conformado. Nada de anormal foi registrado neste aparelho.

APARELHO CIRCULATÓRIO. — Choque da ponta na séde normal. Bulhas cardíacas claras e audíveis nos fócos normais. Pulso isócrono, bem ritmado, batendo 72 vêzes por minuto. A pressão arterial, em 2 de fevereiro de 1937, tomada com o aparelho de VAQUEZ-LAUBRY, era de : Mx. 15 — Mn. 10.

APARELHO DIGESTIVO. — Mau coeficiente dentário. Numerosas cáries e obturações desgastadas, exigindo reparação. Língua levemente saburrosa. Estômago, fígado e intestinos normais.

APARELHO GENITO-URINÁRIO. — E' regularmente menstruada. Nada se registrou de anormal para o lado do aparelho urinário.

EXAME DE SANGUE (Praticado em 30/1/1937) Fórmula leucocitária :

Linfócitos	26 %
Neutrófilos	59 %
Eosinófilos	1 %
Basófilos	0,5 %
Monócitos	13 %

Índice de VELEZ – negativo 13. — Índice de ARNETH – 272. — Índice de Pansa-Dŭoco – 0,40 normal.

EXAME NEUROLÓGICO. — Marcha e estática normais. Ausência do sinal de ROMBERG. Pupilas levemente dilatadas, mas reagindo bem, quer à luz como à acomodação.

Reflexos tendinosos e cutâneos presentes, iguais, sem se manifestar com vivacidade excessiva.

Sensibilidade e troficidade normais.

Orgãos dos sentidos com alterações a um exame perfunctório.

CONCLUSÕES. — Do que nos foi dado colher pela anamnese e do exame psiquiátrico a que procedemos, concluímos apresentar a paciente transtornos mentais que se enquadram no capítulo da esquizofrenia, com surtos delirantes periódicos, com comprometimento mais acentuado da esfera afetiva, sem deixar, contudo, de atingir a esfera intelectual, como se depreende do apragmatismo, dos distúrbios da esfera sensorial e das idéias delirantes apresentadas pela paciente.

Passamos, isto pôsto, a responder aos quesitos apresentados pelo Exmo. Snr. Dr. Diogo Moreira Salles, DD. Curador Geral.

1.º) P. – Qual a forma clínica de alienação mental de que a arguida está afetada?

R. – Esquizofrenia.

2.º) P. – Quais as causas certas ou prováveis da doença?

R. – Não há ainda opinião definitiva sôbre a origem da esquizofrenia, sendo certo, entretanto, contribuir o fator constitucional, de modo decisivo, na maioria dos casos, para a instalação da doença.

3.º) P. – Quais os fátos conhecidos relativos à hereditariedade?

R. – Os informes que obtivemos se referem a vários casos neuro-psicopáticos na família da paciente, sem entretanto precisar quantos, nem quais os membros atingidos.

4.º) P. – Qual o número de ataques que a doente tem tido e se os tem de agitação furiosa?

R. – A doente não apresentou, no Sanatório, ataques convulsivos. Embora se mostre em certos dias mais excitada, não registrámos momentos de agitação furiosa.

5.º) P. – A arguida apresenta propensões ou pratica átos deshonestos?

R. – No Sanatório a paciente não os apresentou. Convém ponderar, entretanto, ser isso de difícil apreciação em meio nosocomial, sujeita, como se encontra a paciente, à fiscalização e à disciplina.

6.º) P. – O tratamento da doença da arguida pode ser feito na própria casa da doente ou em estabelecimento adequado?

R. – E' aconselhável o tratamento em estabelecimento adequado, para se prevenir a possível prática de átos delirantes.

7.º) P. – *A doença da arguida impossibilita-a absoluta e permanentemente de administrar a sua pessoa e bens, ou, pelo contrário, pode praticar alguns átos de administração e quais?*

R. – *No nosso entender a paciente não pode, nas condições em que se encontra, reger a sua pessoa, nem administrar os seus bens.*

São Paulo, 25 de fevereiro de 1937.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA (relator).
(*a.*) Dr. ANDRÉ TEIXEIRA LIMA.

CASO N.º 9 — *Esquizofrenia. Homicídio altruista.*

Em maio de 1926, os jornais da Capital noticiaram um crime impressionante, registrado no município de Penápolis, onde um japonês eliminára, de uma só feita, toda a sua família, composta da mulher e quatro filhos menores.

Os antecedentes do fáto, as circunstâncias do crime, as declarações do criminoso e os sintomas de insania verificados logo após o delito, demonstraram imediatamente que o seu autor era um irresponsável, que agira em consequência de moléstia mental.

Pelo exame de sanidade do paciente, praticado por colegas do interior, puderam êstes consignar sintomas incontestes de alienação mental, razão pela qual foi o mesmo removido para o Hospital de Juquerí, onde se encontra recolhido até hoje.

A observação do caso pareceu-nos, por muitos motivos, digna de publicidade.

De fáto, os homicídios altruistas são raramente praticados pelos dementes precoces.

Por homicídio altruista designamos, de acôrdo com Perrussel, os homicídios em que o criminoso age com intuito de beneficiar a sua vítima, convencido de que a eliminação é o único meio de evitar um fim peor que a morte.

Crimes dessa natureza são frequentes, sobretudo entre os melancólicos. O paciente, além da ansiedade própria, preocupa-se com os que lhe são caros, julgando-os sujeitos às mesmas condições imaginárias da existência dolorosa em que êle se debate.

Outras vêzes, o paciente age movido por alucinações e idéias delirantes.

Tal é o caso ocorrido em Penápolis, que passamos a narrar :

Em uma choupana situada em Penápolis, vivia o japonês Kadota M., de 47 anos, juntamente com sua espôsa T. K. e de seus quatro filhos,S., M., J. e J., respectivamente de 16, 14, 11 e 9 anos.

Proprietários de um pequeno sítio, alí, todos os membros da família M. se entregavam ao serviço da lavoura, de que tiravam o necessário para o seu sustento.

Uma manhã, os vizinhos foram surpreendidos pela visita de Kadota, que lhes contou ter assassinado toda a família, falando por tal forma que os presentes suspeitaram que o mesmo tivesse enlouquecido. Foram até a casa do japonês para se certificarem do que lhes dizia o vizinho, e aí presenciaram um quadro impressionante: — Na sala da frente da casa se encontravam estendidos no chão o cadáver da mulher e, pela ordem das idades, os corpos dos quatro filhos de Kadota, apresentando todos ferimentos no crâneo, vendo-se ainda sôbre os cadáveres uma faca e um machado, armas de que se servira Kadota para a prática do crime. Prêso, o criminoso passou várias horas caído no chão, gritando e dizendo coisas disparatadas. Algumas horas depois, já mais calmo, Kadota fez as suas primeiras declarações, em que disse que "sua mulher e filhos, tomados de terror, alta noite, devido à grande chuva que caía, pediram-lhe que os matasse, pois temiam ser assassinados por algum ladrão. Diante dêsse pedido, fez, então, com que todos se deitassem no chão da sala de entrada da casa, pela ordem das idades, a começar pelo filho mais moço e estando em último lugar sua mulher, os foi ferindo a golpes de machado, matando-os, na mesma ordem, a começar pelo menor."

Continuando suas declarações, o criminoso disse ainda que andava muito nervoso nestes últimos tempos, em virtude de lhe terem contado que o sítio que adquirira estava sujeito à divisão, porquanto os documentos que êle possuia, provando a sua propriedade, não tinham valor.

Passou, preocupado com êsses fátos, vários dias dormindo mal e se alimentando pouco, acrescentando que na madrugada do dia 28 do mês findo, tivera um sonho ou delírio, tendo visto um fogo no seu quarto e sentindo uma dor acentuada nos quadrís. Tomado de pavor, dera um pontapé na mala que se achava junto à sua cama, tendo despertado toda a sua família com o ruido. Foi nessa ocasião, quando chovia copiosamente, que a família de Kadota, já em pé e atemorizada com o sonho que o mesmo tivera, lhe pediu que a exterminasse.

Consumada a tragédia, Kadota deitou-se sôbre um dos cadáveres, onde dormiu um pouco, tendo sentido, ao despertar, o mau cheiro que dos mesmos se exalava. Levantando-se, dirigiu-se para um dos quartos da casa e aí se apoderou de vários objetos e de certa quantia em dinheiro, saindo depois à procura dos vizinhos, contando o sucedido.

Devido aos sintomas indicativos de loucura que apresentava o criminoso no momento de ser prêso, o delegado de Penápolis fê-lo submeter a exame de sanidade por dois médicos da localidade.

Os peritos nomeados, Drs. Mário de Andrade Bastos e Horácio Vieira de Melo, apresentaram um minucioso e bem elaborado laudo, que se segue :

Kadota M., japonês, de 47 anos de idade.

INFORMAÇÕES COLHIDAS SÔBRE O PACIENTE. — Há 16 anos veiu para o Brasil, dedicando-se sempre à lavoura ; foi sempre pacato, trabalhador, bom chefe de família e muito carinhoso para os filhos ; temperamento retraído, evitando relações com os vizinhos e principalmente com os seus patrícios. Nada informa sôbre os antecedentes hereditários. Quanto aos pessoais, não se recorda de ter sofrido moléstia grave ; fez uso do alcool, mas moderadamente e com intermitência. Pelas informações colhidas do paciente, verifica-se que o mesmo vivia feliz e satisfeito na sua pequena propriedade até o dia 20 ou 22 de abril próximo passado, quando foi informado de que havia surgido uma questão sôbre as terras da fazenda de que faz parte a sua propriedade, que, assim sendo, passou a ficar ameaçada de ser perdida. Com semelhante notícia ficaram, não só o paciente como toda a sua família, contrariados e aborrecidos, a ponto de interromperem, por toda a semana, os seus trabalhos ; durante êsses dias passou a recusar os alimentos e a dormir mal, sempre preocupado em perder as terras, o que considerava um roubo. Sua família passou a ficar muito apreensiva, e os filhos, dominados pelo medo, por ouvirem falar sempre em roubo e ladrões, não mais quiseram dormir nos seus respectivos quartos, passando a dormir todos, com os pais, em uma só cama.

Nestas condições, deitaram-se na noite do crime (que foi de grande tempestade entre 24 e 4 horas). Por diversas vêzes interrogado sôbre o que se passou antes do crime, o paciente refere-se sempre às mesmas sensações : — Sentia a língua amarrada, impedindo-o de falar, ao mesmo tempo que era apertado na cama, ouvia barulhos e não se podia manter ; depois de algum tempo nesse estado, poude levantar-se e, precipitadamente, fazer com que toda a família viesse para a sala e, às pressas, se colocarem em posição de receber, cada um, o seu mortal golpe de machado. Refere que, depois de executar a mulher e os quatro filhos, ficou andando pela casa algum tempo, sem saber o que procurava, vindo depois deitar-se sôbre o cadáver da mulher, onde pensa ter dormido algum tempo. Despertando dêste sono, sentiu vontade de satisfazer necessidade fisiológica, que, por medo, não foi fazer fóra de casa. Satisfeita esta, deitou-se em sua cama, onde dormiu até as primeiras horas do dia. Despertando novamente e vendo os cadáveres de sua família, saiu em procura de um vizinho, a quem foi pedir para chamar a polícia.

Estas informações foram prestadas pelo paciente, nos primeiros quatro dias de sua detenção, com naturalidade e sem a menor emoção, mesmo quando inquirido quanto aos pequenos detalhes sôbre a execução do crime. Nos quatro primeiros dias de sua detenção, o paciente recusava-se a aceitar alimentos, manifestando, por vêzes, receio de ser envenenado, teve grandes períodos de exaltação, durante os quais reclamava pela sua mulher e filhos, que queria junto de si, debatendo-se e ferindo-se por vêzes, dando com a cabeça de encontro às paredes e soalho, tendo sido necessário, na primeira noite, submetê-lo à camisa de fôrça e morfina. Procurando sempre isolar-se dos outros detentos que se achavam na mesma sala, por considerar a todos como ladrões, com um, desde logo se implicou, dizendo ser êsse o causador do desastre de sua família, por ter-lhe passado feitiço. Depois de grande período de excitação, tinha curtos intervalos de calma relativa, durante os quais prestava as informações que lhe eram solicitadas. As primeiras noites passou-as despertado e em grande excitação, impedindo os seus companheiros de sala de dormir. No quinto dia, entrou em estado de abatimento, evitando falar, dormindo melhor, mas tendo ainda sobressalto durante as noites. Interrogado agora sôbre o crime que praticou, não mais o narra com

a naturalidade dos primeiros dias ; fica abatido e chora ao se referir aos seus, silenciando sôbre os pormenores que nos primeiros dias foram relatados sem constrangimento. Diante do que observaram e que acima ficou relatado, os peritos abaixo assinados passam a responder os quesitos que lhes foram apresentados, mas julgam indispensável ser o paciente submetido a prolongada observação por especialista em moléstias mentais, para melhor diagnóstico sôbre o seu estado.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA. — Kadota M., japonês, amarelo, viuvo, procedente de Penápolis, internado a 9 de janeiro de 1927.

Não há informações sôbre os antecedentes hereditários do paciente.

Em relação aos pessoais, segundo se deduz das suas próprias informações, fazia uso do alcool, sobretudo de *cognac*.

Nenhuma outra informação digna de registro conseguimos colher do paciente. A julgar, entretanto, pelos dados colhidos pela polícia, Kadota teria sido sempre homem trabalhador, morigerado e dedicado à família.

EXAME SOMÁTICO. — Trata-se de um indivíduo de baixa estatura, apresentando todos os característicos da raça amarela. Apresenta numerosas cicatrizes, de antigas úlceras, no couro cabeludo. Coeficiente dentário bom. Os órgãos essenciais da vida nada apresentam que mereça mencionado. Os reflexos são normais. As pupilas, de contornos regulares, reagem bem, tanto à luz como à acomodação.

Sensibilidades bem conservadas em todas as suas modalidades.

Não registramos perturbações na estática, orientação ou na marcha do paciente.

EXAME PSÍQUICO. — Não nos foi possível avaliar, exatamente, o grau de instrução do nosso observado ; parece, entretanto, que êle lê e escreve o japonês. Conhece números e reconheceu o valor de várias notas que lhe apresentamos. Indivíduo rústico, sempre se dedicou a labores agrícolas.

A atenção é fugidia. Para dêle se obterem respostas, mistér se faz insistir por várias vêzes na mesma pergunta, pois, a cada passo, a sua imaginação resvala para as idéias delirantes de que está possuido. No correr da palestra, põe-se a olhar para o teto, inteiramente abstrato do que se passa em tôrno de si, mas atento às suas alucinações. De quando em vez, dá grandes gargalhadas e põe-se a dizer futilidades. Interessa-se pelos pequenos objetos que estão sôbre a mesa, achando-os bonitos e examinando-os com curiosidade.

Inquirido sôbre os fátos passados, mostra-se contrariado, responde com evasivas e reticências. Outras vêzes diz coisas disparatadas e sem nexo.

Indiferente à sua situação, não dá mostras de contrariedade por estar recluso, pelo contrário, diz que está muito satisfeito e deseja permanecer toda vida onde está, por isso que é seu desejo descansar.

Depois de grande insistência, conseguimos que êle dissesse alguma coisa sôbre o crime. Fez vagas referências sôbre o caso, rindo-se desmedidamente, demonstrando a mais completa insensibilidade emotiva. A família está bem, lá no céu, diz êle, e nos mostra uma medalha que traz prêsa ao pescoço. Apresentamos-lhe as fotografias feitas pela polícia no teatro do crime. Nenhuma sensação lhe produziu êsse quadro impressionante, muito embora reconhecesse a casa onde residia. Apontou, nomeando, um por um, o cadáver de sua mulher e dos seus filhos, acrescentando que está agora viuvo e que vai se casar com uma francesa.

A memória, embora de difícil avaliação, não está de todo comprometida, a julgar por alguns trechos de sua palestra.

Não tem noção do lugar, meio e tempo.

As perturbações sensoriais se caracterizam por alucinações visuais e auditivas. Certa vez, nos disse, que na noite do crime, apareceu-lhe, no meio de um grande clarão, um japonês que, em tom imperativo, assim falou : — "Mata, mata", tendo êle obedecido prontamente.

As idéias delirantes são difusas, desconexas e absurdas, quasi sempre de fundo místico ; as palavras — santo, Jesus, São Sebastião, benzido, milagroso — são frequentes no correr de suas narrativas.

A psicomotilidade está, por vêzes, um tanto exaltada. O paciente movimenta-se e fala continuamente. Sempre de humor alegre e prazenteiro, faz trejeitos e gestos amaneirados, dando pequenos pulos e batendo, familiarmente, no ombro dos que dêle se aproximam.

Não tem capacidade de trabalho. Não tem iniciativa alguma. Vive isolado dos seus companheiros, desfiando as vestes e fazendo dos fios pequenos cordéis, com os quais amarra as pernas, braços e dedos.

DIAGNÓSTICO. — Demência precoce.

A observação que acabamos de descrever vem confirmar os estudos de ANTHEAUME e MIGNOT que, em trabalho sôbre o período médico-legal da demência precoce, fizeram as seguintes considerações :

"De uma maneira geral, em patologia mental, as desordens intelectuais precedem às desordens das faculdades morais e a internação tem a grande vantagem de prevenir as consequências anti-sociais do deficit moral, que existe desde o início do rebaixamento do nível intelectual, mas em estado latente.

Cumpre, entretanto, considerar que essa fórmula se mostra invertida em muitos casos".

Tal é o caso que acabamos de descrever.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.

14. *Medicina legal dos esquizofrênicos em remissão.* — A generalização dos modernos métodos psiquiátricos, sobretudo da insulina e da convulsoterapia, e as remissões que se observam após o seu emprêgo, vieram modificar sensìvelmente o antigo critério adotado na solução dos problemas médico-legais dos esquizofrênicos.

Entre nós, êsse assunto de grande atualidade mereceu atento estudo do Prof. HÉLIO GOMES, que, em sua tése de concurso (1), aborda a questão sob suas múltiplas faces, chegando a uma série de judiciosas conclusões que merecem transcritas :

1) — Os métodos de SAKEL e VON MEDUNA, depois da intensa aplicação que deles tem sido feita em todo o mundo civilizado, permitem as seguintes afirmações : são eficazes, não oferecem perigos que não possam ser evitados, devem ser empregados o mais precocemente possível e determinam 50 %, no mínimo, de remissões completas e boas.

2) — A remissão defeituosa, o resultado negativo e a modificação para peor do quadro mental não transformam a apreciação médico-legal dos esquizofrênicos. São e continuam a ser incapazes, irresponsáveis e perigosos. Devem ser internados, absolvidos e internados.

3) — Nos casos de cura completa, que alguns autores julgam indiscutível, o doente está bom. Aplica-se-lhe a lei como aos sãos : em toda a sua plenitude.

4) — Nos casos de remissões completas e boas, não se deve negar aos doentes a capacidade. Se interditados, a desinterdição deverá ser decretada.

(1 – HÉLIO GOMES. *Estudo Médico-Legal dos Esquizofrênicos Insulinizados e Cardiazolizados.* Rio, 1939.

5) — Nos casos duvidosos, de remissões muito ligeiras ou que não inspirem plena confiança, convém esperar algum tempo até que as dúvidas se dissipem ou opinar pela incapacidade temporária, cuja cessação nova perícia determinará.

6) — Numa perícia de interdição, em doente que está se tratando, convirá pedir prazo longo para observação minuciosa. Se ao fim de alguns meses, a remissão se afirma e se mantém, convém opôr-se à decretação da medida.

7) — Em caso de reforma do Código Civil, seria desejável estabelecer-se que "a esquizofrenia curada", quando de natureza endógena, fosse considerada "êrro essencial", por isso que é susceptível, com grande probabilidade, de produzir prole defeituosa e tarada.

8) — Outra decorrência interessante se pode tirar da insulina e da cardiazolterapia : os esquizofrênicos que, depois de três anos de doença, fossem submetidos a estas duas terapêuticas e não obtivessem resultado, teriam seus casamentos anulados, por ser incurável sua doença, desde que o cônjuge são o requeresse e provasse.

9) — Conviria instituir-se na legislação civil brasileira a capacidade limitada. E' um êrro e uma medida injusta a equiparação, para os efeitos da interdição, de todos os estados mentais que podem modificar a capacidade civil. Igualando situações desiguais, a lei fere o princípio constitucional de que todos são iguais perante ela.

10) — Nos casos de perícias póstumas, quando, por exemplo, o esquizofrênico curado faz testamento e morre, a apreciação do estado mental é muito difícil. Teremos de lançar mão de todos os elementos possíveis, observações anteriores, depoimento dos médicos assistentes, duração da remissão e o valor intrínseco do próprio testamento.

11) — Não modificando o tratamento a condição hereditária da doença, conviria restringir-se, por qualquer meio idôneo, a procriação dos esquizofrênicos curados.

12) — Em matéria crime, os esquizofrênicos em remissão completa são responsáveis e os em remissão boa irresponsáveis. Êstes, porém, devem ser internados. E' preferível absorver e internar, do que atenuar a pena e condenar.

13) — Em matéria penal, o que importa é o estado mental *tempore criminis*. O perito terá de verificar o estado mental atual do doente, o tempo de cura, a forma do delito, antecedentes do caso. O áto delituoso pode relacionar-se a uma tendência pré-existente antes da doença. Tais sejam as conclusões, opinará ou não pela responsabilidade. Deverá fazê-lo pela responsabilidade quando a cura não é recente, persiste consolidada e exista explicação normal para o delito. Deverá opinar pela irresponsabilidade, quando encontrar distúrbios mentais; se ocorreu recidiva, se a cura era muito recente, se era instável.

14) — Convirá internar o doente absolvido, que se revelou perigoso com o crime e que precisa ser afastado do meio, a que pode novamente lesar.

15) — O livramento condicional deverá ser concedido aos esquizofrênicos delinquentes em remissão completa e boa, talvez mesmo em casos melhorados, quando o ambiente familiar for propício ao enfêrmo. Todavia, é indispensável constante e cuidadosa vigilância sôbre o doente, para que, ao menor sinal de alarme, se possa evitar qualquer ação danosa ao meio.

16) — Não temos dados seguros para afirmar se o tratamento diminue a criminalidade dos esquizofrênicos. Mas ante os resultados psíquicos obtidos é de se supor que sim. Aliás, sendo muito grande a atividade delituosa dos esquizofrênicos, é crível que o tratamento aja profilaticamente em matéria criminal, pois não encontramos na literatura nacional ou estrangeira nenhuma refe-

rência a crime cometido por esquizofrênico tratado, embora o número dêstes já seja de quatro mil, sendo algumas centenas no Brasil.

17) — Em todos os casos médico-legais referentes a esquizofrênicos curados, a perícia deve ser muito rigorosa, demorada, feita por especialista e os peritos devem ser muito reservados, pensar nas recidivas possíveis e só emitir parecer quando suficientemente esclarecidos.

18) — Em matéria administrativa, o funcionário que for aposentado ou afastado do serviço por esquizofrenia, poderá reassumir suas funções quando em remissão completa e, em casos determinados, mesmo em remissão boa. Tudo dependerá da complexidade e responsabilidade da função. Pode-se estabelecer também um período de prova. Talvez do ponto de vista da Higiene Mental fosse preferível impedir aos curados trabalhar em certos meios e determinadas profissões incompatíveis com sua situação de "verdadeiros predispostos".

19) — As leis de assistência social deveriam instituir o seguro contra a alienação mental e facilitar meios para o tratamento insulínico e cardiazólico nos esquizofrênicos.

20) — Nos crimes será preciso ter muito cuidado em despistar a simulação e a supersimulação, que irão proliferar, pois o tratamento eficaz, afastando a perigosidade dos enfermos, lhes abrirá muito cedo as portas das prisões.

21) — Dada a generalização do uso da insulina e do cardiazol em doses supra-terapêuticas, é preciso admitir-se a possibilidade de intoxicações mortais, casuais, culposas e dolosas. A falta de administração aos enfermos da quantidade necessária de hidratos de carbono poderia esclarecer o caso. A perícia toxicológica deveria ser feita em casos suspeitos.

22) — Em caso de deserção, punido com pena de morte, dever-se-ia permitir à família promover uma revisão póstuma do processo, sempre que fosse possível invocar-se a esquizofrenia como causa do delito.

Os Drs. F. Marcondes Vieira e Francisco Tancredi publicaram nos Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo (Ano III, Ns. 3-4, 3.º e 4.º Trimestres – 1938) um interessante parecer relativo a um esquizofrênico tratado pelo método de Sakel, no qual lhes foi dado estudar o aspecto médico-legal para o fim de levantamento de interdição.

CASO N.º 10. — *Esquizofrênico insulinizado. Levantamento de interdição.*

Em princípios de agôsto de 1937 fomos designados por um dos Juízes da Capital para dar parecer sôbre o estado mental de C. A. M., branco, brasileiro, casado, com 28 anos de idade, despachante municipal, o qual, segundo declarações da espôsa, peticionária no processo, se achava doente desde o princípio daquele ano.

Examinámos o paciente no Hospital Central de Juquerí, onde entrara a 19 de julho de 1937. Resumindo os dados que então fizemos constar do parecer, assinalámos:

Dos antecedentes médicos. — O pai, falecido há muitos anos de causa ignorada pelo informante, era etilista moderado. Mãe e dois irmãos sadios. Um irmão apresentou, há muitos anos, um episódio psicopático, do qual se curou. Nada de interêsse entre os colaterais.

O examinando teve sòmente as afecções comuns à infância e blenorragia tratada. Informa a espôsa que há cêrca de um ano o paciente se queixava de cefaléia com paroxismo vesperal, atribuida ao excesso de trabalho.

Sob o ponto de vista psíquico, teve uma evolução normal na infância e puberdade: aos 15 anos ingressou no Seminário de Pirapóra, com o objetivo de seguir a carreira eclesiástica, mas muito cedo se arrependeu, transferindo-se então para um ginásio. Logo que terminou o Curso de Humanidades, começou a trabalhar na mesma profissão que atualmente exerce.

Rapaz ativo, muito trabalhador, conseguiu logo formar pecúlio e aos 21 anos se casou. Não vivia, porém, em completa harmonia com a espôsa, dadas certas particularidades do seu temperamento.

Idealista, realizador, combativo, pensava sempre proporcionar, à espôsa e único filho, melhor confôrto; porém, desconfiado, ciumento, hiperestésico e emotivo, não faltavam momentos de bruscas oscilações afetivas, nos quais se faziam valer, por descontrole da capacidade inibitória, leves tendências agressivas. Entretanto, tais períodos de exaltação, si não eram raros, cediam porém com relativa facilidade e as manifestações de afeto se sucediam com frequência.

Nas suas relações para com o meio social era predominantemente retraído, de poucas amizades, porém estas muito intensas.

Nos princípios de maio de 1937, denotou as primeiras irregularidades de conduta. Seus empregados informavam, então, que se apresentava êle "muito nervoso, falava demais e a conversa era extravagante".

A 6 dêste mês, em sua casa, teve uma crise de excitação psico-motora, tornando-se necessária a sua internação, conforme opinou o médico-assistente, o que se efetuou na mesma noite em um Sanatório. Aí, segundo nos informaram, esteve agitado, manifestou idéias delirantes místicas e de perseguição, ao lado de alucinações auditivas verbais. Foi iniciada a insulinoterapia, mas como denotou logo boa melhoria, foi retirado pela própria espôsa. Recidivou porém e, em julho, foi internado no Hospital de Juquerí.

Os exames de laboratório para sôro-diagnóstico da lues, no sangue e líquido céfalo-raquidiano, foram negativos.

Como manifestações psicopatológicas fundamentais, assinalamos:

a) na esfera intelectual: desordens na associação das idéias, caracterizadas por incoerência, interceptações e inibições do pensamento; brevidade nas associações, deslocamento de conceitos; paralogismos e idéias delirantes místicas e de perseguição, distúrbios senso-perceptivos, manifestados por alucinações auditivas e visuais; fenômenos de automatismo mental; defeitos de atenção, principalmente espontânea, falsos distúrbios de memória;

b) na esfera afetiva: instabilidade; defeitos na modulação dos sentimentos; alternância de estados hiperestésicos e de indiferença; afetos paradoxais; paratimias;

c) na atividade: apatia; diminuição da iniciativa; ambivalência volitiva; sugestibilidade exagerada; ausência de finalidade nas representações volitivas; autismo; tendência à introversão.

Da apreciação sintomatológica concluímos, pois, pela existência de um processo esquizofrênico, que evoluia com um caráter agudo há cêrca de 4 meses, mas que tinha seus pródromos, remontando há mais de ano.

Na discussão do caso, ante as condições psiquiátricas de perigo civil, opinámos pelo benefício da interdição, para salvaguardar direitos sociais, familiares e individuais.

Logo após o nosso parecer, foi o paciente submetido a tratamento pelo método de SAKEL e, após uma série de 20 comas, foi tão grande a sua melhoria que foi retirado do Hospital, mesmo sem alta, a 11 de novembro dêsse ano.

Em março do corrente ano fomos novamente chamados a dar parecer sôbre o caso, pois o paciente, de acôrdo com a curadora, requerera o levantamento do estado de interdito.

Confessamos que nessa ocasião sentimos o pêso de uma grande responsabilidade, Examinámo-lo detidamente; perquirimos a sua conduta social e familiar; insistimos sôbre as manifestações psicopatológicas anteriormente verificadas e nada encontrámos de anormal. O examinando estava perfeitamente conciente e se referia de tal modo ao período psicopático que nos fez lembrar as páginas lidas de CLIFFORD BEERS.

Rememorou os dias de alienação, com conhecimento claro do seu estado mórbido.

Trazia, porém, a marca do seu temperamento francamente esquizotímico, tal como fôra informado em relação à vida pré-psicótica.

Qual a nossa conduta, pois?

Não podíamos deixar de externar uma opinião e muito menos prorrogá-la até dias longínquos.

Consultada a literatura mundial, nada encontrámos a respeito.

Deliberámos, então, responder como se segue:

"Diante, pois, dêsse estado, concluímos que C. A. M. se apresenta *atualmente* curado da afecção mental de que padecia. Entretanto, não nos é possível afirmar que essa cura seja perene e lembramos que a hipótese de uma recidiva, conquanto pouco provável, não está de todo afastada. Isto o dizemos, pois que as observações sôbre o método de tratamento a que se submeteu, ainda muito recente, não permitem concluir pela cura definitiva e já tem ocorrido recaídas".

Continuamos observando o paciente até os dias atuais e, com satisfação, vímo-lo mui recentemente em sua mesa de trabalho, perfeitamente integrado na atividade comercial.

PARAFRENIAS — DELÍRIO SISTEMATIZADO ALUCINATÓRIO CRÔNICO

1. Definição e histórico. — 2. Parafrenia sistematizada. — 3. Forma expansiva. — 4. Forma confabulatória. — 5. Forma fantástica. — 6. Aplicações médico-legais.

1. Definição e histórico. — No capítulo das parafrenias ou dos delírios sistematizados alucinatórios crônicos figuram as psicoses que se caracterizam pela existência de idéias delirantes mais ou menos sistematizadas, entretidas por alucinações, de evolução lenta mas progressiva, terminando ao fim de alguns anos pela instalação do estado demencial.

Os psiquiatras franceses, adotando as idéias de MAGNAN, preferem a denominação — delírio sistematizado crônico — para designar tal entidade clínica, ao passo que os autores alemães, seguindo a escola de KRAEPELIN, optam pela expressão — parafrenia. Êste último autor havia a princípio agregado as formas parafrênicas ao grupo da demência precoce paranóide. Entretanto, a evolução de certos casos clínicos o levou a fundamentar o grupo das parafrenias com quatro sub-divisões: sistemática, expansiva, confabulatória e fantástica. No estudo dêste grupo mórbido damos preferência, como faz a maioria dos autores brasileiros, à orientação da escola alemã. O Prof. HENRIQUE ROXO, entretanto, estabelece uma distinção entre as parafrenias e o delírio sistematizado alucinatório crônico, entendendo que, neste último, as alucinações seriam quasi que exclusivamente auditivas, desenvolvendo-se progressivamente, a princípio por fenômenos elementares e só mais tarde se tornando comuns e verbais. Ao demais, aquí o indivíduo seria um perseguido-perseguidor, sem apresentar decadência intelectual e sem manifestar idéias de grandeza ou de qualquer outro feitio que não o persecutório, e em que a demência senil pode sobrevir como uma contingência natural.

2. Parafrenia sistematizada. — Esta forma é representada pela mania de perseguição, que se instala insidiosamente, acompanhando-se de decadência psíquica lenta, a qual se agrava com o correr dos anos. A afecção se inicia, via de regra, por uma modificação no caráter do doente, que se torna retraído, tímido, apreensivo e, sobretudo, extremamente desconfiado.

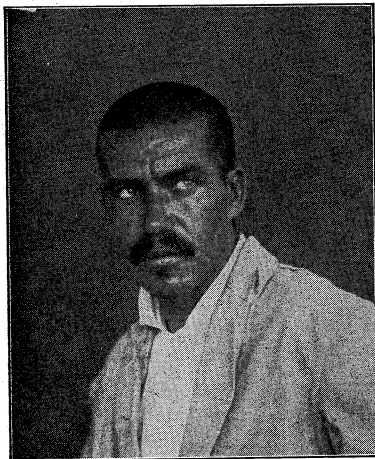



Fig. 20 — Parafrenia sistematizada. Idéias delirantes de perseguição

(Observação do autor)

Os que convivem com êsses doentes notam certas expressões estranhas e propósitos em patente desacôrdo com o anterior proceder: pessoas cordatas, afáveis e expansivas se transformam em indivíduos intransigentes, irritáveis, rixentos, em constantes disputas com a família e com os companheiros de trabalho. Alguns revelam idéias de ciume inteiramente descabidas. Outros se capacitam de estar sob constante vigilância — os vizinhos se escondem para melhor observá-los, grupos de pessoas se postam diante de sua casa para comentar a vida que levam, há por toda parte secretas cuja missão é seguir-lhes os passos, anunciando antecipadamente a sua chegada, razão porque são sempre recebidos com hostilidade onde quer que se apresentem.

Os jornais fazem-lhes referências veladas, recorrendo a indiretas e alusões veladas.

Os padres, nos sermões, criticam-lhes a conduta e induzem os ouvintes a dêles se afastarem. A tendência interpretativa mórbida leva os parafrênicos a se julgarem constantemente provocados, ameaçados e escarnecidos: os transeuntes cospem na sua frente, espirram de modo particular, arrastam os pés no chão, dão-lhes propositadamente cotoveladas, pizam-lhes os pés. KRAEPELIN cita o caso de um doente que resumia as suas perseguições na seguinte frase: "Há mil cousas que me sucedem, que eu não posso contar, mas só quem as sente pode compreendê-las".

Há os que são vítimas de alucinações, ouvindo vozes que os cognominam malucos, carniças, vagabundos, assassinos, impotentes, pervertidos, onanistas, etc. As idéias de influência não são excepcionais, a julgar pelas afirmativas de muitos dêsses doentes que se julgam hipnotizados, dominados por fôrças estranhas que interceptam o seu pensamento, dão apartes, criticam-lhes os átos. Outros fazem referências a "vozes espirituais", a "conversas mentais", a "diálogos do pensamento".

Os alimentos, no dizer dêles, têm gôsto diferente e contêm substâncias venenosas. Muitos são vítimas de alucinações cenestésicas, queixando-se de punhaladas, alfinetadas, pancadas, sobretudo na esfera genital.

Com o evoluir da doença, as idéias de perseguição se complicam com as de grandeza. Descobrem os motivos da malaversão que lhes votam numa descendência ilustre, numa suposta filiação, na existência de uma fortuna que lhes está sendo sonegada.

Nessa fase da doença há também manifesta tendência para as idéias místicas e religiosas. Os doentes se dizem enviados de Deus, Profetas, Messias.

Os átos praticados por êstes pacientes são condicionados pelas suas idéias mórbidas. Alguns conseguem, quando se encontram na presença de outras pessoas, não exteriorizar qualquer manifestação capaz de trair o seu íntimo. Mas, uma vez a sós, falam em solilóquio, gesticulam, batem nas paredes, vociferam contra supostos inimigos.

As idéias de perseguição transformam alguns parafrênicos em perseguidos-perseguidores e assim buscam, julgando agir em legítima defesa, eliminar os seus adversários, antes que êstes os eliminem.

São frequentes as queixas levadas à polícia pelos parafrênicos, que pedem proteção e exigem uma providência legal que lhes assegure paz e tranquilidade. Há os que publicam artigos nas seções livres dos jornais, refutando o que se diz contra a sua pessoa, dirigindo apêlos ao público, advertindo os amigos das calúnias que estão sendo assacadas contra um homem probo e honesto, vítima da perfídia dos seus inimigos.

Tais doentes, quando internados, mostram-se aparentemente conformados, mas às escondidas remetem cartas à polícia, a advogados, aos chefes do govêrno, relatando coisas fantásticas que se passam dentro do hospital, cujo fim não é o de assistir doentes, mas privá-los de liberdade e facilitar a ação dos seus perseguidores. Assim, pedem providências às autoridades, dão procuração a advogados para que promovam ações de indenização pelos danos materiais e morais de que estão sendo vítimas, alegando que os médicos do estabelecimento não são diplomados e nada entendem de medicina, são indivíduos perversos, a serviço de sociedades secretas, que os inculcam como médicos para dessa forma agirem impunemente.

Quando se capacitam da inutilidade dêsses processos, não obstante as suas reclamações, recorrem à violência : dirigem cartas ameaçadoras, agridem enfermeiros e médicos, tentam evadir-se, promovem motins dentro do estabelecimento.

3. ***Forma expansiva.*** — Nesta modalidade há associação de idéias de grandeza, egocentrismo, acompanhada de excitação psíquica. O delírio megalomaníaco tem, na mulher, quasi sempre colorido erótico. As doentes afirmam merecerem o mais elevado aprêço de altas personalidades, que lhes acenam marcando encontros, tendo para com elas particular atenção, uma deferência toda especial, não dispensada a outras mulheres. Capacitam-se de que despertam grandes paixões

e escrevem cartas a noivos imaginários, que são em regra homens altamente colocados, políticos em evidência, financistas de largos recursos, aviadores famosos, oradores fluentes, grandes poetas, sábios de renome universal.

Algumas afirmam possuir uma auréola em tôrno das suas cabeças, indício certo de que recebem inspirações divinas.

A concomitância de idéias místicas e eróticas se observa com relativa frequência. Nestas se enxertam as de perseguição, que se manifestam sobretudo quando se impedem os doentes de dar expansão aos seus propósitos. Surgem então queixas: — sonegam-lhes vultosas quantias; desviam-lhes a correspondência, furtam-lhes peças de vestuário, etc.. Frequentemente tais doentes se julgam capazes de realizar profecias, fazendo previsões sôbre fátos extraordinários que se irão verificar não só no país que habitam, como em todo o mundo. São advertidos sôbre o futuro porque percebem que os cães ladram de um modo especial e o gorgeio dos pássaros tem significação particular que só êles podem compreender.

Alguns doentes se mostram pensativos, apreensivos, mas outros não se preocupam com a sua situação. Muitos parafrênicos recorrem à seção livre dos jornais para responderem a anúncios e a supostas propostas de casamentos que lhes estão sendo dirigidas. São frequentes as reações médico-legais promovidas por êsses doentes, que, quando em liberdade, reagem violentamente contra as pessoas que, no seu entender, lhes estão perturbando a vida e creando entraves para a realização dos seus planos.

4. ***Forma confabulatória.*** — Estas se caracterizam, sobretudo, por distúrbios da memória de evocação.

Os doentes se tornam tristes, silenciosos, nervosos, mas não deixam de manifestar, periòdicamente, as suas idéias delirantes de perseguição e de grandeza.

Aquí se observa marcada tendência para as interpretações delirantes. Uma vidraça quebrada, uma pedra encontrada na rua, um pedaço de papel jogado na porta da casa, tudo tem determinado objetivo. Muitos doentes passam a fazer um estudo retrospectivo da vida e descobrem que, desde a escola, já vinham sendo perseguidos. Só depois vieram a encontrar a explicação para êsses fátos. A tendência fantasmagórica é patente. Relatam aventuras extraordinárias, feitos surpreendentes, fátos gravíssimos que presenciaram, quando tudo não passa de produto de sua imaginação mórbida.

5. ***Forma fantástica.*** — Nesta forma predomina grande número de idéias delirantes polimorfas, estranhas, instáveis. Em regra, após um período mais ou menos longo de depressão, surgem idéias delirantes de perseguição, com características próprias. Os doentes afirmam terem

sido castrados, envenenados, eletrizados, vítimas de experiências por parte dos médicos. Predominam, nestes casos, alucinações auditivas e cenestésicas, raramente se observando as visuais. Com o correr do tempo, irrompem idéias de grandeza absurdas e paradoxais, ao par de confabulações estranhas, que levam o doente a afirmar ter realizado longas viagens ao estrangeiro, mantendo relações com pessoas da mais alta nobreza, quando não saíram do lugar onde se encontram.

Não são excepcionais as crises de irritação e de cólera, seguidas de átos de violência.

KRAEPELIN lembra a frequência com que os parafrênicos dêste tipo evoluem para a demência precoce.

Exemplo frisante do quadro parafrênico com idéias místicas nos é dado pela carta que se segue, escrita por um paciente sob os nossos cuidados médicos: —

Exmo. Revmo. Frei M. ...... O.S.B.

Saudações em J. C.

Convenções cronológicas civís não mais existem para mim... Não se admire pois, Vossa Paternidade, de não levarem data estas linhas. São elas, apenas, em aditamento final à minha carta de 17 de Novembro do ano passado.

Fiz ver ao Revdmo. Padre L. A., quando lhe comuniquei o meu desejo de tomar para companheira dos meus dias felizes de vida (virão êles, ainda?) *a primeira filha do Exmo. Snr. Dr. R. S., essa fatalidade imposta pelas circunstâncias.*

Imposta pelas circunstâncias... Essas três palavras envolvem e apagam na sua abstração todo o desejo de *crítica justíssima* que eu poderia fazer, *em nome dos mais sagrados princípios de Humanidade,* contra a *atuação psicológica, social, administrativa e médica* das pessoas envolvidas neste doloroso caso.

Calo-me, entretanto... E observo a V. Paternidade o seguinte, que vem corroborar os meus dizeres: *O próximo dia* 17 *de Fevereiro encerra o período de três meses que as convenções civís marcam para um noivado.* E cái, justamente, no *período quaresmal,* período em que a Igreja Católica não celebra o sacramento do Matrimônio. Assim, as próprias determinações cronológicas da Igreja vem dar-me razão...

Com o organismo extenuado por um *regime alimentar uniforme,* sinto hora a hora estalarem-se as fibras mais finas de um sistema nervoso que já ultrapassou o *limite de resistência* a todos os sofrimentos morais e físicos que imaginação humana possa conceber.

Num *meio de deprimidos mentais, sem receber visita de quem quer que seja,* há quinze meses, abandonado, o meu espírito albergado no que se poderia chamar uma retorta de *estimulantes glandulares,* ainda pergunta a V. Paternidade: *Para quem apelar?*

Ontem, por ir pedir um miserável papel a um estúpido e pretensioso serviçal, fui maltratado por quatro seus subordinados que me arrancaram cabelos aos punhados, deixando-me equimoses no corpo... O regime de brutalidade e violência que impera dentro destas grades é absolutamente incompatível com a menor e mais apagada idéia de humanidade... Repare, V. Paternidade, que já não falo em Educação, o que já é irrisório, no ponto a que chegaram as cousas.

Ao dirigir-lhe estas linhas, ponho de parte qualquer rebuço. E, sem rodeios, confio mais na *compreensão elevada que V. Paternidade tem do papel e da missão que, por acaso, caíram em suas mãos.* O clero regular e o clero secular tem os seus representantes humanos. E, como humanos, não fogem, como ninguém foge, aos pruridos de vaidade pessoal. Êstes toques de vaidade, que mais se avolumam, segundo a obser-

vação minha pessoal, nos médicos desta casa, que têm a seu talante *alimentos, cozinheiros, mercenários, grades,* mataram — nestes últimos — a base primordial do exercício de sua profissão : a *Humanidade.*

Abandonado assim neste "mare magnum" de intrigas, paixõezinhas pessoais e melindres de cretinos, até, aos quais me obrigam a dar satisfações, de meus menores átos, eu pergunto, ainda uma vez, para quem apelar?

Se ainda me é permitido apelar, em minha defesa pessoal, *e na do lar que vou constituir,* eu apelo, por intermédio de V. Paternidade (que também se acha sujeito à *vaidade pessoal* dos médicos desta casa) para S. Exa. Revdma. D. D. L., a mais alta autoridade eclesiástica de S. Paulo, para a Polícia, e para o Tribunal de Justiça do Estado . . .

Se êste apêlo falhar, que mais me resta?

A Sociedade, como qualquer pessoa, tem os seus direitos e os seus deveres . . . Dentre êstes últimos não é o menor senão o mais premente o da Humanidade . . .

São estas as derradeiras linhas que dirijo a V. Paternidade.

Para elas peço *toda a atenção,* com o *perdão pela excessiva franqueza. . .* São os últimos lampejos dum espírito e dum corpo, cortidos e esmagados sob o pêso da brutalidade dum Destino . . .

Do fundo de minhas memórias e dentre os que me são mais caros, tomo a liberdade de convidar para meus padrinhos de casamento, os meus antigos Mestres e Amigos, Drs. F. F. R. e A. de B. B., dos quais solicitaria uma visita, o Dr. B., sendo tesoureiro da A. B. E. de S. Paulo, não me negará, pelo menos, a visita, estou certo.

No impedimento de ambos, deixo a indicação a cargo do Snr. Dr. R. S., de quem solicito uma visita urgente.

Tenho o direito de ser tratado com Humanidade, pelo menos.

De meu Pai (?) que assim me fez sofrer, que borrifou de sangue, por mero capricho e ignorância, os fundamentos dum lar, poderia solicitar uma visita?

E assim, *abandonado de tudo e de todos, sujeito aos caprichos de dementes, rapazelhos e medicastros, que eu, já desanimado, me dirijo a V. Paternidade.*

Cheguei a um ponto tal que pergunto, como o Nazareno, no Horto das Oliveiras : Pai ! Pai ! Porque me abandonaste?

De ninguém, que se fosse casar, ouvirá outro propósito V. Paternidade, que não seja de Paz, com tudo e com todos, a-pesar-de tudo e de todos . . .

Si a Sociedade, pelos seus representantes, trata desta maneira um elemento que tem contribuido e pretende contribuir para o seu progresso, que pensar dela?

Dela espero uma resposta a esta carta . . . Confio na ação católica-social do clero Paulista . . . Confio na vitória da Inocência sôbre o crime . . . Confio em J. C. "na Verdade, na Luz e na Vida . . ."

À Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, por intermédio de seu digno Secretário Geral, Exmo. Sr. Dr. A. N., eu apelo para que faça cessar essa estúpida *pressão alimentar,* ou antes *depressão alimentar.* Eis, por fim, o que me parece premente expôr . . .

De V. Paternidade Am.º e Servo Mt.º Grato em J. C.

(*a.*) J. L. C.

(Do I. de E. de S. Paulo, do "American I. of E.E." — Ex-E. da C. P.).

6. Aplicações médico-legais. — O parafrênico é quasi sempre um perseguido, quando não um perseguido-perseguidor. Isso explica a frequência dos crimes por êles praticados, movidos por alucinações auditivas ou sob a influência de idéias delirantes de perseguição.

O Prof. HEITOR CARRILHO, que entre nós estudou, em alentado trabalho, os aspectos médico-legais das parafrenias, diz : "Perseguido

e alucinado, com as suas idéias delirantes mais a mais incrementadas por êstes decisivos processos psico-sensoriais, o parafrênico tem, pois, na essência mesma das suas manifestações psicopatológicas, a mais cabal explicação da sua delinquência.

Raciocinando e agindo de acôrdo com as suas idéias delirantes, com a lógica deturpada pela errônea visão das coisas que o cercam, com a maneira de julgar pervertida pela estranha influência das alucinações auditivas que os escravisam e das quais se tornam autômatos, o parafrênico revela-se um dos doentes mentais mais temíveis, pela natureza dos delitos que lhe são mais comuns — tais os de homicídio e de tentativa de morte." (Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria. Ano I, 1.º trimestre – 1919 – pág. 55).

CASO N.º 11. — *Parafrênico uxoricida.*

M. R., italiano, de 32 anos de idade, branco, viuvo, procedente de Amparo, foi recolhido ao Hospital de Juquerí, para exame mental, a 15 de agôsto de 1923.

Na manhã de 22 de abril de 1923, M. R., colono da fazenda "Salto Grande", sita no município de Amparo, convidou sua mulher, Thereza P., para auxiliá-lo na quebra do milho e, com tal propósito, saiu o casal, dirigindo-se para um ermo, denominado "Boca do Inferno".

Em lá chegando, o marido, cuja intenção era apanhar a espôsa em lugar distante, tenta amarrá-la com o fim de "bater-lhe na caixa do peito".

A mulher, tendo percebido que caíra em cilada, procurou defender-se, lutando com o marido. Êste, na impossibilidade de satisfazer ao desejo que o movia, resolveu matá-la e, áto contínuo, vibrou-lhe profunda facada no pescoço, prostrando-a morta.

Praticado o crime, que não teve testemunhas de vista, o uxoricida se afastou do local, tendo antes se certificado da morte da vítima. Voltou em seguida para casa, trocou de roupa, lavou as mãos e a arma homicida, e foi então à procura do administrador da fazenda em que trabalhava e, lá, relatou-lhe com a maior naturalidade o ocorrido.

Nas declarações feitas pelo criminoso não há a menor preocupação de inocentar-se; pelo contrário, conta os pormenores da cena, confessa ter armado uma cilada, convidando a mulher para colher milho, quando o seu intento era atraí-la à "Boca do Inferno", onde podia castigá-la muito à vontade, sem provocar escândalo na colônia. Relata as últimas palavras trocadas com a vítima. Descreve a luta com requinte de perversidade, dizendo ter sangrado a mulher "como se sangra uma vaca", e se ter afastado poucos passos do local, para verificar si a vítima morrera.

Perguntado sôbre o lugar exato em que deixára o cadáver, respondeu galhofeiramente que fossem procurá-lo que o encontrariam, porque o cadáver não era como agulha. Acrescentou que tinha escolhido o lugar denominado "Boca do Inferno" por ser o inferno o lugar dos ruins. Justificou o seu procedimento fazendo acusações à mulher, que, sôbre ser descuidosa, a ponto de deixar morrer um filhinho de tétano, ainda era infiel e intrigante.

Remata as suas declarações ao administrador da referida fazenda dizendo "si fosse uma cousa mais simples eu não lhe contaria e fugiria, mas como se trata de uma cousa séria, eu venho lhe contar".

Observação clínica. — Não há informações fidedignas sôbre os antecedentes hereditários. O paciente diz ter o pai falecido há poucos anos, deixando-o ainda em tenra idade. A mãe é viva e gosa saúde.

Nos antecedentes pessoais há a assinalar o alcoolismo moderado e a ausência de moléstias venéreas.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS. —

Altura	1,67
Diâmetro transverso	0,15
Diâmetro longitudinal	0,20
Curva transversa biauricular	0,33
Curva ântero-posterior	0,35
Circunferência total	0,58
Semicírculo antero-posterior 29	0,58
Índice cefálico-dolicocéfalo	75
Altura da face	0,15
Diâmetro bizigomático	0,12

Dinamometria — M. D. 40 — M. E. 40.
Pêso : 68 quilos.
Crâneo com deformações, face assimétrica, leve paresia facial à direita.
Conserva-se limpo, com as roupas bem cuidadas.
Conversa com desembaraço, olhando para os lados, com ar um tanto desconfiado.
Gestos moderados.

EXAMES DE LABORATÓRIO. — Urina : não apresenta produtos anormais. — Fézes : numerosos ovos de anquilóstomo.

EXAME DOS ÓRGÃOS ESSENCIAIS. — Nada de anormal, salvo bulhas cardíacas abafadas e pulso com leve hipertensão.

EXAME NEUROLÓGICO. — Não se verificaram perturbações das sensibilidades (tátil, dolorosa e térmica). Reflexos profundos e superficiais normais. Ausência de sinal de BABINSKI. Pupilas iguais, reagindo bem à luz e à acomodação. Não há sinais denunciadores de perturbações dos nervos craneanos, com excepção de leve paresia facial direita.

EXAME PSÍQUICO. — Trata-se de um homem rude, sem instrução alguma, nascido e criado entre roceiros. E' analfabeto, tem noção dos números. A atenção e a compreensão se acham bem conservadas, levando-se em conta o seu atrazo intelectual. Exprime-se, misturando o português e o italiano, com relativa facilidade, sem confusão. A memória é falha em relação aos fátos antigos, mas é sofrível em relação aos fátos recentes. Não há desorientação no espaço, meio e tempo.

PERCEPÇÃO. — Ausência de *alucinações visuais. Alucinações auditivas :* ouvia gemidos, durante a noite, na cadeia de Amparo e, por duas vêzes, repetiu-se o estranho fáto aquí no Hospital. Diz que o tal gemido não parte de pessoa viva e que é o prenúncio de alguma fatalidade.

Refere-se a alucinações combinadas que o assaltavam de vez em quando. De uma feita, na fazenda "Salto Grande", ao acender o cachimbo sentiu desprender-se do fósforo um cheiro de vela em combustão, olhou para as mãos e notou que as mesmas estavam brancas como as de um defunto ; então os cabelos se lhe eriçaram, foi tomado de grande pavor e saiu em grande disparada, caminhando desorientado durante vários dias. Lembra-se contudo e vagamente das fazendas em que esteve e das casas em que lhe deram comidas durante êsse período.

Sentia perturbações cenestésicas, tais como : calor no corpo, sensações de apêrto no estômago, etc.

Apresenta delírio de perseguição e de ciume, bem caracterizado. Ouvia frequentemente os colonos a conversar sôbre a sua espôsa, referindo-se à sua atitude indigna, diante do procedimento da mulher que entretinha relações ilícitas com todo

o mundo. Teve ocasião de surpreender a mulher recebendo dinheiro de pessoas com quem mantinha relações sexuais.

Não tinha mais tranquilidade em parte alguma. Nos cafezais, nos caminhos, nas vendas, todas as pessoas com quem se encontrava riam-se à socapa, escarnecendo-se dêle.

Só então resolveu matar a mulher. Historia os fátos, com clareza, insistindo no mau comportamento da espôsa e na sua grande complacência, tentando por várias vêzes chamá-la ao bom caminho ; mas tudo fôra em vão. Concluiu dizendo : "Minha mulher era bobinha e perdida ; já a encontrei deshonrada quando me casei ; depois pegou-me moléstias, sangrei-a no pescoço como ela merecia".

Inquirido sôbre a moléstia com que foi contagiado, diz ter sido a sarna, da qual se curou com pomada de enxôfre. Procuramos explicar-lhe que a sarna se transmite fàcilmente, sem contacto sexual, ao que nos respondeu, levantando a voz, em tom exaltado : "Mas ela me pegou também chatos, que não me deixam dormir a noite toda". Seja dito de passagem não apresentar o doente vestígios de tal parasita.

Não se arrepende do crime praticado, quer voltar para Amparo e responder a juri. Tem certeza de que vai sair livre, porque está com a razão.

A capacidade de trabalho não foi pesquizada. A afetividade está embotada.

CONCLUSÃO. — Trata-se de um uxoricídio praticado por um delirante crônico, alucinado, que apresenta idéias delirantes de perseguição e de ciumes, mas cuja personalidade não se apresenta gravemente alterada, pois relata os fátos com clareza, tem sequências nas idéias, e o raciocínio, à primeira vista, não parece perturbado.

Tais indivíduos foram catalogados na classificação de KRAEPELIN sob a denominação de "parafrênicos".

Um fáto, já assinalado pelo Dr. H. CARRILHO, Diretor do Manicômio Judiciário do Distrito Federal, tem confirmação neste caso : — é que tais doentes chegam frequentemente ao Manicômio pelo áto delituoso que cometeram.

M. R., muito embora já houvesse há muito tempo manifestado perturbações mentais, conserva ainda aparência de lucidez ; expõe o crime praticado com a mesma naturalidade das primeiras declarações, absolutamente convicto de ter agido acertadamente, e tanto assim que o seu maior desejo é responder a juri quanto antes, tão certo está de ser absolvido.

Trata-se, pois, de um doente cujo crime teve origem nas alucinações auditivas e no delírio de perseguição por êle apresentado.

Nessas condições, o réu está isento de culpabilidade e deve permanecer internado no Hospício.

Tal é o nosso parecer.

Hospício de Juquerí, 20 de outubro de 1923.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.

CASO N.º 12. — *Parafrenia. Idéias de infidelidade conjugal. Estado perigoso. Tentativa de suicídio. Internação e interdição.*

Nós, abaixo assinados, Drs. A. C. Pacheco e Silva e Cantídio de Moura Campos, respectivamente professores de Clínica Psiquiátrica e de Terapêutica Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, peritos nomeados pelo Exmo. Sr. Dr. José Francisco de Oliveira, M. Juiz de Direito da Comarca de São José do Rio Pardo, para procedermos a exame psiquiátrico na pessoa de F. de A. R. N., que se encontra internado no Sanatório Pinel, depois de examinarmos cuidadosamente o paciente elaborámos o presente relatório médico-legal.

QUALIFICAÇÃO. — F. de A. R. N., com 35 anos de idade, branco, brasileiro, casado, agricultor, residente em São José do Rio Pardo.

Fátos. — O presente exame psiquiátrico é procedido por determinação do M. Juiz de Direito da Comarca de São José do Rio Pardo, afim de ser juntado aos Autos de curatela ora em andamento no Cartório do 1.º Ofício daquela Comarca, a requerimento de Dona A. B. de A., espôsa do referido interditando.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA. — Antecedentes hereditários. — Pelas informações que nos foram prestadas por ocasião da primeira internação do paciente no Sanatório Pinel, em 10 de agôsto de 1935, verifica-se que dois parentes afastados teriam apresentado distúrbios psíquicos semelhantes aos hoje notados na pessoa do examinando.

Antecedentes pessoais. — O médico assistente do Sr. F. de A. R. N. forneceu, quando da sua internação, os seguintes dados relativos ao período pré-psicótico: "Além das doenças comuns da infância, teria tido na puberdade uma forma reumatismal e na idade adulta contraíu uma amebíase. Fez nessa ocasião uso em alta dóse de Emetina. Sempre manifestou particular impressão pelas doenças, quer em si, quer nas pessoas de sua família. Não era alcoolista. Sempre muito trabalhador, três meses antes de adoecer começaram os seus a notar certa distração e pouco interêsse para o trabalho. A seguir, começou a manifestar suspeitas sôbre a fidelidade de sua consorte, moça distintíssima, espôsa dedicada e mãe extremosa. Tais suspeitas nasceram ao cabo de onze anos de casados. Atribuía ora para um, ora para outro de seus filhos, uma paternidade ilegítima".

Exame clínico. — Homem de constituição robusta, com bom desenvolvimento muscular e discreto revestimento adiposo.

O exame clínico dos aparelhos circulatório e respiratório e dos órgãos essenciais à vida não revela lesão digna de registro.

Pelo exame neurológico não se verificam distúrbios da sensibilidade, do equilíbrio e da motricidade.

Reflexos tendinosos e cutâneos normais.

Pupilas normais, de contornos iguais e reagindo bem à luz e à acomodação.

Exame psíquico. — Ao dar entrada no Sanatório, em 10 de agôsto de 1935, o paciente continuava a manifestar o mesmo delírio de infidelidade conjugal já assinalado pelo seu médico assistente. Contava uma história um tanto confusa de uma espanhola sua conhecida que estaria envolvida na questão dos filhos que lhe são atribuidos, mas que êle está convencido de que não lhe pertencem. Dizia ter descoberto toda essa emaranhada história por meio de frases soltas, indiretas e palavras misteriosas e cruzadas trocadas entre pessoas de sua família. Desde que se capacitou da realidade das idéias que o empolgam, vive pensando em coisas tétricas, como sejam vinganças, assassinatos, suicídio, etc.

Com o propósito firme de, uma vez por todas, chegar a uma conclusão definitiva sôbre as suas suspeitas, procurou um médico analista, para que êste verificasse os grupos sanguíneos dos seus filhos e o seu próprio, para dessa forma identificar quais os legítimos.

Recusava-se, nessa ocasião, a fazer uso de medicamentos, alegando que as injeções que lhe eram receitadas visavam torná-lo desmemoriado, para que assim concordasse em voltar para a companhia da espôsa.

No Sanatório continuou a manifestar alucinações auditivas, referindo-se a imputações infamantes para a sua honra conjugal, partidas dos enfermeiros e dos seus companheiros de reclusão.

Foi então estabelecido o diagnóstico de Parafrenia.

O paciente foi retirado pela família a 13 de março de 1936, sem alta, um pouco melhorado, mas deixando sempre transparecer a grande mágua que o consumia pela certeza da sua desdita. Voltando ao ambiente familiar, não tardou a manifestar as mesmas idéias com a intensidade anterior, que o levaram a um áto de desespêro,

tentando contra a vida, ingerindo certa quantidade de estricnina. Socorrido a tempo, foi pôsto fora de perigo e novamente recambiado para o Sanatório Pinel, onde deu entrada, pela segunda vez, a 10 de outubro de 1936.

Nessa ocasião observámos acentuada depressão física e psíquica e tendência ao isolamento e ao mutismo.

Continuou por largo tempo a revelar os mesmos propósitos de suicídio, sendo necessário permanecer durante várias semanas sob vigilância especial.

Essa fase depressiva foi se desvanecendo aos poucos, si bem que, de quando em quando, nela recaía novamente.

Periòdicamente apresenta crises de grande irritabilidade, mostrando-se revoltado contra tudo e contra todos. O nível mental tem sofrido progressivo rebaixamento.

Isso pôsto, passamos a responder aos quesitos que nos foram apresentados:

1.º) P. – O interditando F. de A. R. N sofre de alienação mental?
R. – Sim.

2.º) P. – Qual a espécie ou gênero?
R. – Parafrenia (dos alemães); delírio sistematizado alucinatório crônico (dos franceses).

3.º) P. – E' contínua ou tem lúcidos intervalos?
R. – E' contínua, muito embora apresente o paciente pequenas oscilações no humor.

4.º) P. – Em virtude do estado de saúde do interditando, êle se acha em condições de bem reger sua pessoa e bens?
R. – Nas condições atuais de saúde, o interditando não pode gerir sua pessoa nem administrar seus bens.

Tal é o nosso parecer.

São Paulo, 16 de junho de 1939.

(*aa.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva (relator)
Dr. Cantidio de Moura Campos

PARANOIA

1. Conceito. – 2. Sintomas fundamentais. – 3. Forma persecutória. – 4. Forma ciumenta. – 5. Forma megalomaníaca. – 6. Forma erótica. - 7. Forma mística. – 8. Aplicações médico-legais.

1. Conceito. — Nenhum talvez, dentre os numerosos grupos nosográficos de que se compõe a Psiquiatria, terá sofrido tantas transformações e terá tido o seu conceito tantas vêzes modificado com o correr dos tempos como se deu com a paranóia.

Conhecida desde os tempos pré-hipocráticos, foi a paranóia descrita pelo Pai da Medicina, que reconheceu os seus elementos fundamentais, salientando tratar-se de um desvio do entendimento. Dêsse termo se utilizaram ainda ARISTÓTELES e PLATÃO, emprestando-lhe a mesma significação de insânia, loucura, passando a ser desde aí empregado pelos leigos como sinônimo de alienação mental.

Hoje a paranóia é, de acôrdo com as idéias de KRAEPELIN, considerada como uma enfermidade mental de desenvolvimento lento, caracterizada por egocentrismo, sôbrestima do eu, inadaptação social e tendência à reação contra o meio, conservação da vontade, conduta regular, com perfeita lucidez.

Na paranóia genuina não há distúrbios sensoriais, há apenas a tendência revelada pelo doente de pensar de viez, manifestando um desvio no entendimento. Partindo de premissas falsas, embora o curso do pensamento siga as leis naturais da lógica, o silogismo resulta falso. O povo — dizia FRANCO DA ROCHA — não dá ao paranóico o nome de louco, chama-o maluco.

2. Sintomas fundamentais. — JULIANO MOREIRA e AFRÂNIO PEIXOTO, cujos estudos sôbre a paranóia são hoje clássicos, resumem os sintomas fundamentais dessa afecção em :

1.º) Primitiva e originária autofilia — sentimento inato e fundamental da personalidade — não corrigida e adaptada ao meio : egocentria resultante.

2.º) Correspondente incapacidade de adaptação do indivíduo ao meio : interpretação como hostilidade pessoal.

3.º) Reação contra o meio : início das perturbações aparentes. Perseguição ativa ou passiva ou ativa-passiva mais frequente.

GENIL-PERRIN precisa os elementos cardiais que caracterizam a unidade psicológica dos paranóicos : 1) Sôbrestima do eu. 2) Desconfiança hostil relativa ao ambiente. 3) Falsidade de julgamento. 4) Inadaptabilidade social.

KRAEPELIN insistia no fáto da enfermidade não anular o núcleo da personalidade, mas sim provocar uma intuição falsa do mundo, razão pela qual o paranóico fundamenta minuciosamente suas delusões e combate as objeções com perspicácia, embora sempre com sofismas.

3. ***Forma persecutória.*** — Os paranóicos atacados desta modalidade se consideram desprezados, incompreendidos e abandonados pela sociedade. Surge daí grande desconfiança, que leva o paciente a perceber alusões frequentes à sua pessoa, em escritos, sermões e discursos.

Há uma tendência interpretativa incrível, razão pela qual o doente tira deduções as mais absurdas. Julga-se observado por todo mundo, hostilizado pelos companheiros de trabalho, malquisto pela família, oprimido pelos superiores. Descobre nas mais inocentes perguntas o intúito de menoscabar a sua pessoa e hostilizá-lo, torna-se por isso irascível, acre, revoltado e indignado contra tudo e contra todos.

4. ***Forma ciumenta.*** — Os paranóicos, nos quais predominam as idéias de ciume, são muito numerosos. Acusam a espôsa de indiferente, frígida e hostil. Fiscalizam os transeuntes, não permitem que a espôsa sáia só e espreitam-lhe os passos.

Analisam os traços fisionômicos dos filhos, percebendo semelhanças com os supostos amantes da mulher. Daí frequentes altercações, ameaças repetidas e abandono do lar.

5. ***Forma megalomaníaca.*** — Em muitos paranóicos as idéias mais salientes são as de grandeza. Esta se manifesta ordinariamente pelo chamado delírio inventivo. Convencidos de terem realizado grandes descobertas, buscam, sem fundamento, pôr em prática planos grandiosos, construções excêntricas, inventos prodigiosos. E como não encontram aprovação nem os meios necessários para pôrem as suas idéias em prática, acusam os concorrentes desleais de se apossarem das suas descobertas para se locupletarem, donde idéias de reivindicação.

Há os que concebem planos financeiros de grande envergadura. Entre nós, temos observado paranóicos que pregam idéias as mais descabidas, propondo-se resolver problemas nacionais, tais como os do café, do petróleo, do câmbio, etc.

Outros se capacitam de terem origem elevada, são filhos de nobres, de pessoas altamente colocadas, mas abandonados na infância e criados pelos que se dizem seus pais, pretendendo comprovar as suas afirmativas com argumentos sem procedência. A essa forma alguns autores denominam delírio genealógico.

6. Forma erótica. — Na forma erótica, o doente se julga objeto de particular atenção de senhoras da sociedade, que dão demonstrações veladas mas inequívocas dêsses sentimentos.

"Infeliz da senhora, escrevia FRANCO DA ROCHA, que, passeando de automóvel, deixa cair distraidamente o olhar sôbre um paranóico amoroso . . . Irá para o rol das suas conquistas : terá de lhe suportar os ternos olhares em todos os passeios que lhe forem habituais".

Já fomos chamados a intervir em alguns casos para livrar senhoras de telefonemas insistentes, bilhetes e cartas amorosas marcando encontros, partidos de paranóicos apaixonados e imprudentes, quando não atrevidos e ousados.

7. Forma mística. — Não são excepcionais as idéias religiosas entre os paranóicos. Convictos do seu poder oculto, capacitados da missão que têm a realizar na terra, fazem obra de proselitismo, angariando adeptos para a nova religião ou doutrinas filosóficas por êles creadas.

Adotam atitudes espetaculares, deixam crescer a barba, vestem-se de forma extravagante, cobrem-se de amuletos e saem a fazer prédicas, divulgando as suas idéias messiânicas.

8. Aplicações médico-legais. — Os paranóicos, muito embora revelem evidente inadaptibilidade social, raramente praticam átos delituosos, porquanto, dotados de grande egocentrismo, buscam sempre evitar consequências desagradáveis. Reagem, assim, contra o meio pela palavra falada e escrita, dirigem-se aos tribunais, mas raramente cometem crimes de sangue.

Nas formas místicas os paranoicos muitas vêzes podem atuar sôbre as massas, sobretudo incultas, levando-as a praticar átos desatinados.

No que respeita à capacidade civil dos paranoicos, a regra será ditada pela observação de cada caso concreto. (Vide caso Comendador Joaquim G. P., página 539).

O Prof. FRANCO DA ROCHA redigiu interessante observação a propósito de um paranoico que aparentava a mais perfeita integridade das faculdades intelectuais, na qual aquele saudoso mestre desenvolve as suas idéias sôbre esta entidade clínica. Ei-la :

CASO N.º 13. — *Paranoia. Atos de indisciplina militar.*

X. . ., brasileiro, de 42 anos de idade, casado, de côr branca, militar, foi recolhido ao Hospício por ter praticado átos de indisciplina, reveladores de insanidade mental.

Para bem se compreender a coexistência da loucura do nosso paciente ao lado da sua mentalidade aparentemente perfeita, faz-se mistér conhecer o meio em que êle se desenvolveu, desde a infância até atingir à madureza de espírito, quando lhe apareceram as primeiras idéias mórbidas que o arrastaram ao Hospício.

Só assim se poderá abranger num golpe de vista o naufrágio dessa mentalidade, que conserva, entretanto, aparência normal, capaz de iludir redondamente um observador menos prevenido.

Nasceu o paciente numa longínqua cidade do interior.

Filho de um estrangeiro com uma brasileira, ficou órfão em tenra idade. Seu pai era negociante ambulante de jóias ; abandonára a espôsa depois do nascimento do paciente e ninguém mais teve notícias dêle. O pequeno fôra entregue pela própria mãe, pouco antes do falecimento desta, aos cuidados de um padre, que tomára a si o trabalho de educá-lo.

Depois de ter aprendido os rudimentos de instrução primária — ler, escrever e contar — abandonára a escola para sair pelo mundo à procura de trabalho e de liberdade.

O espírito aventureiro do pai já se revelava no filho. Encaminhára-se para o interior do Estado de S. Paulo, tendo vindo do interior de Minas ; instalára-se numa fazenda onde fizera boa camaradagem e chegara mesmo a viver como filho da casa por ser ativo, trabalhador e de boa índole. Trabalhava na roça, na enxada, lidava com animais, não se furtava, enfim, a nenhum serviço.

Alí se enamorára da mulher que é hoje sua espôsa. Casára-se e saíra em busca de novos meios de vida, ora na roça a fazer plantações, ora na cidade a exercer pequenos empregos que pouco lhe davam.

Num lugarejo próximo da cidade deu-se uma vaga de fiscal do cemitério municipal. Deram-lhe o lugar. Com êsse cargo e mais o de agente do correio do mesmo lugarejo, viveu êle, por algum tempo, sem atritos com o seu meio social. Uma reviravolta na politiquice local fê-lo perder êsses empregos e sair para um mundo mais largo — para a capital de S. Paulo.

Até então vivera o nosso homem num meio social pequeno, acanhado e rude, mas vivêra bem, sem desequilíbrio mental aparente. A ligeira instrução que recebera e a sua índole davam-lhe uma certa vantagem e lhe permitiam ir vencendo, bem ou mal, na luta pela existência. Suas pretenções, por muito limitadas, não provocavam conflito com o estreito meio social do lugarejo. Limitava-se a luta pela vida em ganhar alguma cousa para a subsistência própria e da pequena, modesta família. Não era isso difícil para um homem ativo, alí, onde tudo é barato, onde não há concorrência, como também não há grandes tentações, atrativos e seduções para provocarem despesas e consequentes desejos de lucro ou posição social. O meio era-lhe, enfim, favorável ; sua conduta de seus vizinhos.

Essa monotonia, porém, enfastiou logo o paciente e despertou-lhe a idéia de ir tentar nova vida na capital.

Em S. Paulo, o serviço que se lhe deparou mais fácil foi o de soldado. Verificou praça na Guarda Cívica, na qual foi vivendo regularmente e subindo de pôsto, embora de vagar, auxiliado pelas recomendações de pessoas amigas do interior. Era sargento, no fim de alguns anos, quando aquí chegou a Missão Francesa, encarregada da instrução da Fôrça Pública.

O advento da missão instrutora despertou-lhe a vontade de abrir caminho para melhor situação. Teve de fazer um esfôrço para estudar o curso preliminar e fazer exame, ao mesmo tempo que trabalhava no serviço policial.

Pediu transferência para um corpo que lhe facultaria tempo para melhor estudar. Foi-lhe negada a transferência, que a outros fôra dada na mesma ocasião. Já isso lhe dera que cismar e desconfiar de alguma hostilidade. Mais tarde, porém, atenderam ao segundo pedido e fizeram a transferência desejada. Esforçou-se e fez o exame, embora passasse sem muito destaque.

Nesse tempo retiraram-se da Fôrça Pública muitos oficiais que não tinham preparo e a-pesar-disso (ou mesmo por isso) não queriam se submeter à instrução. O nosso homem foi promovido a alferes.

Chegado a êsse pôsto, começou o paciente a vida de amarguras. Deram-lhe serviço na polícia de costumes, numa situação, portanto, que exige táto, calma, reflexão e, sobretudo, um certo conhecimento empírico de psicologia humana.

Alma simples, julgava êle que proceder sempre em linha reta, de olhos fechados para as pequeninas particularidades do ofício, era mais que suficiente para lhe gran-

gear estima e respeito; não tinha nem sombra de intuição do maquiavelismo que, em certa dose, é indispensável a quem lida com muita gente de diversas condições sociais. Sem atenção aos mil pequenos interêsses que se chocam a toda hora, a todo instante num meio social adiantado, cheio de progresso e vantagens, mas também de perfídia e perversidade, sua conduta começou a provocar colisões nesse meio, colisões essas que lhe traziam dissabores sôbre dissabores. Aí está o início de um círculo vicioso: a conduta do paciente provocava irritações; tais irritações se voltavam contra êle e lhe ocasionavam dissabores; êsses dissabores por sua vez lhe alteravam a conduta que continuava a provocar irritações.

Um cérebro normal saberia conter êsse círculo vicioso; o nosso homem, porém, é portador de um cérebro mioprágico; de onde quer que lhe venha, êle tem uma tara que concorreu para a situação em que se acha, não lhe permitindo encarar a sociedade como ela é.

Ninguém ousará garantir que era êle o único culpado dessa situação. E' forçoso admitir que há homens muito mais ciosos de uma parcela de autoridade que lhe cái às mãos do que do cumprimento dos deveres inerentes a essa parcela de autoridade. Não admitir isso seria julgar êste mundo um paraíso; tal absurdo será repelido por quem conheça alguma cousa dêste vale de lágrimas.

Sabedor, embora pela rama, das intrigas miudas que surgem sempre nos meios onde há muita gente, muito interêsse, muita ambição e muita devassidão, o nosso homem pôs-se em guarda; o exagerado sentimento de medo e o instinto de conservação e de defesa o levaram a perscrutar seu ambiente social, e sua inteligência defeituosa interpretava como átos de hostilidade todos os acidentes desagradáveis que lhe amarguravam a vida.

Perturbações sensoriais vieram orientar e consolidar as idéias mórbidas que lhe esvoaçavam na mente.

Certo dia teve uma desordem gastro-intestinal, que coincidiu com a ingestão do café que lhe deram na Delegacia onde trabalhava. Aquí del rei! Veneno no café!

Depois de muito evacuar, sentiu um grande alívio.

Não havia dúvida! dizia êle, o veneno foi expelido; fiquei bom.

Qualquer outra interpretação do fáto exigiria exame, crítica, reflexão, um raciocínio, enfim, guiado pela boa lógica, faculdades essas que não podiam prevalecer num cérebro mioprágico, cuja resistência material tinha sido quebrada pela sobrecarga de esfôrço — o estudo para exames, acicatado pelo desejo ardente de melhorar de sorte. Sôbre tudo isso ainda a emoção deprimente causada pela morte de um filho querido.

Ninguém ousará pôr em dúvida a ação nociva do trabalho intelectual quando êste excede a resistência material do cérebro. Temos experiência e exemplos flagrantes dêsse fáto. Nem é preciso demonstrá-lo; o que se dá com o cérebro é o mesmo que se dá com a carpintaria de um telhado: si o pêso que lhe colocam em cima excede à resistência material, tudo estala e se deforma.

E' o que temos visto em diversos casos, dos quais vamos citar apenas um exemplo característico. Conhecemos uma família em que existe uma tara hereditária. Entre os diversos irmãos só dois foram encaminhados nos estudos para conseguirem um diploma. Chegaram até lá; mas não houve tempo para se utilizarem dêsse diploma, porque enlouqueceram ambos. Sòmente êsses dois perderam o uso da razão; os outros irmãos nada apresentaram até hoje. O pai queixa-se da sorte adversa que inutilizára exatamente os dois com que êle contava para sua velhice. Não se lembrava o pobre pai (e nem o podia, porque essa resistência não se mede, foge ao cálculo) que exigira dêles esforços superiores à resistência cerebral de que dispunham.

Foi o que se deu com o enfêrmo que ora examinamos.

As perturbações sensoriais continuaram a aperreá-lo, oferecendo abundante pabulo à sua ideação mórbida, concorrendo para a organização de um sistema delirante ou antes — delusório — cujo conteúdo tem sido sempre a perseguição.

Sentiu mau cheiro na saleta onde trabalhava e viu (sic) um leve vapor que provinha do compartimento vizinho, através da fechadura ; pôs-se de ataláia e percebeu que alguém chegava a cada momento junto à fechadura, pelo lado da saleta vizinha. Diz que dera alarme e a pessoa fugira.

Em sua casa sentira ruido de gente no fôrro, durante a noite. Arranjara uma escada, subira ao fôrro e vira com pasmo que a casa tinha franca comunicação com as vizinhas por baixo dos telhados. Isso lhe dera muito que pensar. Uma noite se armara de espada e carabina, falára alto, dando a entender que mataria quem o aborrecesse. Acabou-se tudo ! não apareceram mais os ruidos. Está êle certo de que aquela casa fôra arranjada de propósito pelos seus perseguidores.

Essas narrativas acusam a existência de alucinações da vista, do ouvido e do olfato. Não há a menor dúvida.

Conta o paciente que sua espôsa sofreu perseguições amorosas de um oficial, seu superior. Êle aconselhava então a espôsa a não dar atenção. Desde que não désse atenção, dizia êle, o perseguidor nenhum mal poderia fazer.

Não sabemos si é verdade ou si é falso. Só sabemos que isso está, infelizmente, dentro dos limites das coisas mais possíveis dêste mundo.

Conta também que certo dia ralhára com uma decaída que estava se portando mal na Delegacia, e que sofrera porisso as iras de uma autoridade, amante ou coisa que o valha daquela mulher.

Também não sabemos o que há de verdade nêssa acusação ; ela não é, entretanto, inverosímil. Nem tudo que o paciente diz é loucura. Nós, porém, nos limitamos a joeirar suas acusações, a separar as que são verosímeis das que são visivelmente absurdas. Só estas nos interessam para a observação médica. As outras, as que podem ser verdadeiras, não são muito da nossa conta ; não pretendemos endireitar o mundo.

Diz êle que o Secretario da Justiça (Dr. Eloy Chaves) tomou posse da pasta na intenção bem determinada de o perseguir por instigação dos seus inimigos, dêle paciente.

O absurdo dessa concepção salta à vista ; tem sua origem na autofilia e consequente egocentria. Sua personalidade assume aos próprios olhos proporções tão grandes que êle julga coisa possível um Secretário de Estado subir àquele pôsto político só para o perseguir ; não pode ver que a sua pessoa é um zero nos movimentos políticos que deram como resultado a nomeação daquele Secretário.

Certa ocasião, quando se tornaram mais numerosos os casos de febre tifóide em S. Paulo, começou-se a aplicar a vacina preventiva nos colégios e, como era natural, nos quartéis. Grande foi sua indignação quando o vacinaram. Êsse fáto entrou a fazer parte de suas lucubrações persecutórias. Surgiu-lhe até a idéia de exigir do Govêrno uma indenização por essa ofensa aos seus direitos de oficial da Fôrça Pública.

Em pequenos fátos, como êsse, já se revela com clareza a autofilia do paciente. Dentro de certos limites a autofilia existe em todo o homem ; apenas a hipertrofia dêsse sentimento é que altera o caráter. Êste estado não dá lugar a um raciocínio bem ponderado que permita ao indivíduo enxergar a sua insignificância pessoal em comparação com a sociedade que o rodeia.

A reação contra as supostas perseguições o levou à desobediência, à indisciplina e, consequentemente, a ser prêso, conduzido ao Hospício afim de ser observado, visto que tamanha filaucia só poderia ter origem num estado mórbido da mente.

O embarque no trem que devia conduzí-lo ao Hospício foi feito com violência, porque êle se recusava a obedecer. Não se pôde evitar o escândalo ; todo o seu empenho era chamar sôbre si a atenção do público, para o qual êle apelava, ao mesmo tempo que acusava as autoridades, responsabilizando-as pela inaudita violência de que estava sendo vítima.

Recolhido ao Hospício, depois de apaziguada a excitação emotiva da viagem, apresentou-se o homem como êle é realmente de dois anos a esta parte : calmo, tranquilo, raciocinante, lógico e perfeito na aparência ; atualmente não tem tido

alucinações, nem confusão de idéias. Sua atenção é normal, a memória bem conservada ; nenhuma alteração se lhe nota na associação e marcha das idéias. E' um louco com juízo, segundo a resumida e paradoxal definição de paranóia, como foi dada por um alienista espirituoso.

Sua reclusão no Hospício deu ensejo a uma curiosa interpretação persecutória :

"Recolhem-me ao Hospício, diz êle, e depois recolhem à mesma enfermaria um secreta disfarçado em louco. Êsse secreta mata-me aquí dentro e continua a fingir loucura. No fim de algum tempo dá-se por curado da loucura e sái livre do crime, porque louco não tem crime".

"E' isso, continua êle, o que pretendem fazer comigo, mas estão enganados, pois não me deixarei matar fàcilmente".

Por aí se vê como é fertil a imaginação do paciente quando trata de se precaver contra as supostas perseguições.

No Hospício escreveu cartas a advogados e ao Diretor da Faculdade de Direito ; já tentou escrever artigos nos jornais, sempre protestando defender seus direitos espezinhados por inimigos ocultos e perversos.

Aproveitou a visita do Congresso Médico (Dezembro de 1916) ao Hospício, para "deitar o verbo" diante daquele numeroso auditório e reclamar enfàticamente contra os perseguidores dos fracos, contra a prepotência do Govêrno (sic), já que lhe não era dado se manifestar por outro modo, na imprensa ou na praça pública.

E' vezo de todos êsses enfermos — *clamar pela imprensa ou na praça pública.*

Os erros dos sentidos são raros. Teve-os em épocas diversas, ora do gôsto, ora do olfato, a confirmar suspeitas e a orientar as idéias de perseguição, que já se vinham sistematizando pelas interpretações falsas. Seu delírio, entretanto, é de caráter interpretativo ; os erros dos sentidos não são frequentes.

Pondo agora em destaque as linhas essenciais desta observação, temos as seguintes :

I — Delírio interpretativo de conteúdo persecutório.

II — Caráter altaneiro e orgulhoso ; hipertrofia do eu, que fez explosão por várias vêzes contra seus superiores militares.

III — Idéias de perseguição fortalecidas de quando em quando por erros sensoriais — do ouvido, do paladar e do olfato.

IV — Ação contra seu meio social e reação dêste, interpretada logo por êle como perseguição e com falsas aparências de realidade.

V — Conservação da memória, da atenção, da afetividade ; ausência completa de perturbação na marcha e associação das idéias.

VI — Conservação aparentemente perfeita da inteligência e do raciocínio em sua forma lógica. Discutidor arguto e meticuloso, mas não percebe o paciente a falsidade das premissas com que raciccina. O campo de sua conciência é estreito, limitado pelo egoísmo que lhe não permite ter uma intuição mais ou menos justa do mundo que o rodeia.

VII — Saúde somática robusta. Não lhe notámos moléstia alguma nos órgãos e aparelhos da vida vegetativa.

VIII — Os sintomas atuais da enfermidade já existiam em rudimentos mal esboçados desde a infância ; desconfiança, ambição, altaneria de caráter, raros erros dos sentidos, que eram falsamente interpretados. A desconfiança sobretudo é um sentimento exagerado no paciente desde longa data ; a narrativa de sua vida o revela à saciedade. Foi êsse sentimento que o fez andar pelo mundo como Ashaverus, enquanto seu defeito psíquico não se revelára ao ponto de o incompatibilisar com o meio social.

IX — O paciente tem-se mostrado de boa índole; nele não se tem revelado o síndromo *moral insanity*, que, entretanto, não é raro em casos congêneres. Nunca cometera crimes; como chefe de família, não consta que tenha sido mau.

Diz êle que provocára o homem a quem atribue seu sofrimento, só com o fito de o matar, si o mesmo reagisse; mas que não reagiu, por isso não o atacára. Acreditamos que isso tudo não passa de simples ameaça, porque não há nele a tendência criminosa.

X — O quadro mórbido acima descrito manifestou-se com clareza por ocasião de um esfôrço mental na luta pela existência, coincidindo isso com o profundo desgôsto pela perda de um filho estimado.

Diante do que acabamos de expor só há um diagnóstico possível, o seguinte:

Paranóia ou *delírio sistematizado interpretativo.*

Estudando o desenvolvimento da moléstia no caso que ora nos ocupa, vemos aí a influência dos dois fatores que concorreram para êsse desastre: a predisposição congênita, a tara na constituição cerebral, e, como causa ocasional, o esfôrço mental relativamente exagerado para a sua fraca resistência psíquica.

O pai do paciente era, como vimos, um aventureiro e ao mesmo tempo um exquisito: sumiu-se, e dele ninguém mais teve notícia. Seus irmãos já são filhos de outro pai, embora sua mãe não se tivesse casado segunda vez. Confessa êle que sua mãe teve fraquezas pelas quais, entretanto, não se julga com direito de censurá-la.

O espírito aventureiro do pai se revelou bem cedo no filho. Vimos que êste andou por muito tempo de um lado para outro, a mudar de moradia e de profissão, até dar com os costados em S. Paulo, onde entrou para a Fôrça Pública.

E' coisa sabida que essa forma de loucura, a paranóia, não surge num cérebro sem defeito. Revela, por si só, uma tara cerebral, uma predisposição psicopática congênita, seja ou não hereditária.

Por outro lado, vêm a pêlo algumas considerações interessantes a respeito dêste paciente. Si êste homem tivesse ficado lá no seu meio atrazado, rudimentar, é muito de crer que nunca se tornasse louco. A predisposição poderia se conservar latente, ou, si tanto, repontar de quando em quando em gestos altaneiros, incompreensíveis, que passariam por exquisitices de caráter, nada mais. Seria um homem estúrdio, na frase dos nossos caipiras. Não esqueçamos que esta forma de loucura é uma transição entre a sanidade e a insanidade de espírito.

A vida nos confins do interior é menos exigente para o cérebro, embora mais trabalhosa para os músculos. Seu extravagante orgulho e desconfiança não provocariam tão intensa e esmagadora reação do meio, como se deu na capital. O equilíbrio mental seria provavelmente mais ou menos conservado, pois não haveria lá a sobrecarga de trabalho intelectual que o rompeu em São Paulo, conforme já o dissemos.

Essa observação serve bem para mostrar como o progresso também concorre para as manifestações da loucura. Esta é um detrito inevitável da civilização.

Talvez a volta para um meio social simples, primitivo, seja o único recurso para que se não esterilize num hospício uma criatura que ainda tem capacidade, nessas condições de meio, para prover sua subsistência e a da própria família.

Outubro de 1921.

PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA

1. Histórico e conceito. – 2. Sintomas fundamentais da mania. – 3. Hipomania. – 4. Mania típica. – 5. Melancolia simples. – 6. Melancolia delirante. – 7. Melancolia ansiosa. – 8. Síndromo de Cotard. – 9. Estados mistos. – 10. Diagnóstico. – 11. Evolução. – 12. Tratamento. – 13. Aplicações médico-legais.

1. Histórico e conceito. — Foi o Prof. KRAEPELIN, de Munich, quem reuniu os síndromos mania e melancolia num só síndromo, creando a psicose maníaco-depressiva. Antes dêle, entretanto, já havia sido essa entidade clínica descrita sob diferentes nomes : loucura intermitente, psicose periódica, loucura de dupla forma, alterna, circular, mania e melancolia recidivantes — sem que, porém, se a considerasse uma moléstia fundamental, como fez o notável professor alemão. Para êste, os quadros da mania e da melancolia, conquanto se apresentem com sintomatologia aparentemente diversa, são no fundo uma só e mesma doença. As crises podem instalar-se tanto com a predominância da mania, como da melancolia e ainda por crises entrelaçadas desses dois síndromos.

A concepção unitária do Prof. KRAEPELIN não foi inicialmente aceita por todos os autores, mas está hoje plenamente confirmada por um longo e acurado período de observação realizada nos mais diversos centros médicos do mundo, onde se estuda a psiquiatria.

Pode-se hoje definir, de acôrdo com DENY e CAMUS, a modalidade clínica de que nos ocupamos, como "uma psicose constitucional, essencialmente hereditária, caracterizada pela repetição, alternância, juxtaposição ou a coexistência de estados de excitação e de depressão".

2. Sintomas fundamentais da mania. — A mania, vocábulo que não tem na linguagem psiquiátrica a mesma acepção que lhe dão os leigos, se caracteriza sobretudo por uma excitação psico-motora intensa, com humor alegre mas extremamente lábil, rapidez no curso ideativo, atenção saltuária e impulsões motoras.

Entre os sintomas físicos encontrados na excitação maníaca, devemos assinalar como principais : a insônia agitada ; a aceleração da circulação e da respiração ; o aumento da secreção salivar ; a sudorese abundante e fétida ; a exaltação erótica ; a ausência de fadiga e a disvulnerabilidade do doente à ação das intempéries.

No campo psíquico se nota habitualmente: grande velocidade na ideação; atenção móvel e difusa; hipermnésia; fuga de idéias; euforia e expansibilidade.

Ao par dêsses sintomas essenciais, podemos colocar outros episódicos, como sejam: distúrbios sensoriais caracterizados por ilusões, sobretudo visuais; idéias delirantes megalomaníacas, de ambição, eróticas, difusas, variáveis e transitórias, que não são, todavia, tão puerís e inverosímeis como as dos paralíticos gerais.

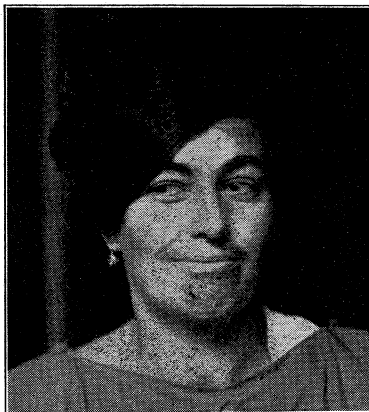



Fig. 21 — Fisionomia brejeira. Excitação maníaca mitigada

3. *Hipomania.* — A hipomania é representada por uma forma mitigada da mania. Nela se observa excitação moderada de todas as funções físicas e psíquicas.

Alegre, ruidoso, o hipomaníaco dá demonstrações de grande satisfação e bem estar, associando prontamente as idéias, dando respostas prontas e quasi sempre adequadas. Tais doentes são sarcásticos, mordazes, irônicos e pilhéricos. A percepção é rápida, o raciocínio ágil, o pensamento flue sem esfôrço, donde incoercível disposição para falar e escrever.

Têm os hipomaníacos imperiosa necessidade de dar expansão à sua grande atividade, locomovendo-se sem cessar, ocupando-se de uma infinidade de coisas a um tempo, sem acusarem fadiga, mas com grande volubilidade.

Trajam-se de modo excêntrico, perdem a compostura, usam de linguagem imprópria, emitem propósitos inconvenientes sem o menor constrangimento.

Nessa fase o doente muitas vêzes pode permanecer em liberdade, pois que não perde por completo a capacidade de auto-condução, conquanto se comporte de modo importuno e perturbe a tranquilidade do meio em que vive.

4. *Mania típica.* — Na mania típica a excitação psico-motora é muito mais intensa e sobretudo mais desordenada que na hipomania. O fluxo de idéias é torrencial, o paciente salta de um assunto para outro com incrível rapidez, a palavra não pode acompanhar o pensamento. Daí o fenômeno da fuga das idéias, pois que o paciente, mal esboça um assunto, salta logo para outro inteiramente diverso.

As perturbações da esfera sensorial são aquí mais foreiras. Ao lado de frequentes ilusões pessoais, que levam o doente a praticar numerosos erros de reconhecimento na identificação dos que o cercam, há a se assinalarem também alucinações, não só visuais, mas também auditivas, si bem que menos vêzes.

As idéias delirantes, sempre com o mesmo colorido alegre e jocoso, são mais difusas e tumultuárias na mania típica. O humor, nessa forma, é inda mais variável, com bruscas mutações. À menor contrariedade, uma palavra mal interpretada leva o doente, do mais cordial colóquio, a uma grande revolta e até à agressividade.

Quando há predominância de impulsões motoras, com tendência a átos de violência, destruidores e agressivos, a mania é dita colérica ou furiosa.

5. Melancolia simples. — Na melancolia registra-se quadro oposto. Na forma simples, que é a mais frequente, consigna-se tristeza mitigada, desânimo e abatimento. O doente permanece acabrunhado, desinteressado por tudo, mesmo pelas coisas para com as quais sempre mostrou o mais vivo interêsse. Na maioria das vêzes dá a impressão de estar conformado com o seu estado, aceitando de forma passiva tudo quanto se lhe propõe. Outras vêzes, porém, dá evidentes demonstrações de inquietude e angústia, pois que o doente lamenta a sua situação, que qualifica de irremediável.

Nesta forma já se desenham nítidas as perturbações da cenestesia, razão por que tais doentes se queixam dos mais variados distúrbios, sobretudo na cabeça. As sensações desagradáveis e torturantes percebidas pelos deprimidos são por êles descritas com grande riqueza de vocabulário. Uns se referem à "pressão no crâneo"; outros têm as mais variadas impressões "de cérebro vasio"; "de cabeça ôca"; "de ruido no interior do crâneo"; "de queimadura no couro cabeludo", etc. Transtornos dêsse mesmo tipo são por êles mencionados na garganta, no coração e sobretudo nos órgãos contidos na cavidade abdominal.

Os melancólicos mitigados dormem em geral muito pouco e têm o sono entrecortado.

O emagrecimento é rápido e progressivo, devido à completa inapetência. A pele se torna amarelada ou terrosa em virtude do estado anêmico e também pela leve icterícia que costuma secundar a depressão melancólica.

O paciente procura evitar as pessoas, isola-se no quarto, não cuida do vestuário e não dá atenção aos esforços feitos, para distraí-lo, pelos que o cercam.

Nessa forma não se notam distúrbios sensoriais ou idéias delirantes. O raciocínio é perfeito, conquanto o doente dê demonstração de pessimismo injustificável e de grande desânimo.

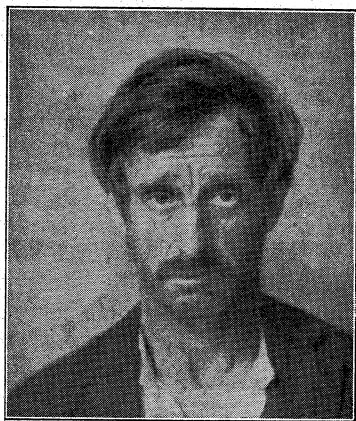



Fig. 22

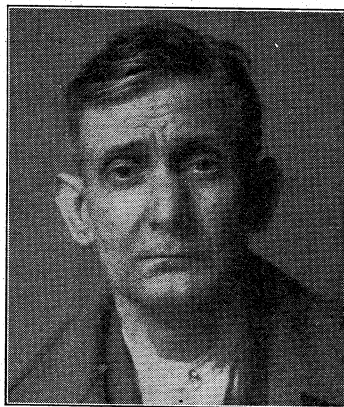
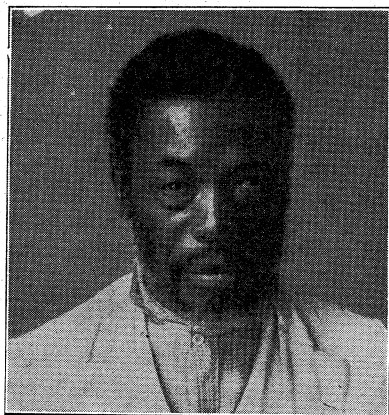
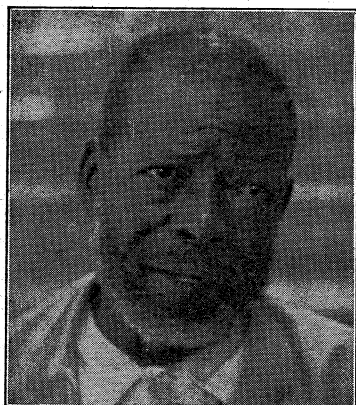



Fig. 23

Fig. 24

Fig. 25

Fig. 26

Expressão fisionômica de cinco doentes atacados de melancolia

(Observações do autor)

6. *Melancolia delirante.* — Na melancolia delirante há, além dos sintomas já descritos na modalidade simples, outros que se instalam de modo insidioso. O doente cai em tristeza profunda, movimenta-se lentamente, mostra-se indeciso, apático, mergulhando muitas vêzes em estado de estupor. Muitos recusam os alimentos, forçando os médicos a recorrerem à sonda para evitarem o estado de inanição e morte subsequente. O espírito se concentra numa grande dor moral. O paciente é assaltado por idéias de ruina, tanto física como mental e sobretudo moral. Julga-se irremissìvelmente perdido, acometido por uma doença incurável que lhe afetou os principais órgãos da economia. Insiste no fáto de ter para sempre perdido a capacidade intelectual e de estar condenado à completa inatividade, não podendo mais volver às suas ocupações anteriores. Supõe-se na mais negra miséria e lastima a sorte da família, que vai sofrer as consequências dos átos indignos que êle julga, falsamente, haver praticado.

As idéias de auto-acusação e de auto-culpa levam o indivíduo atacado de melancolia delirante a se considerar o mais indigno e o mais desprezível dos seres, responsável por todas as desgraças universais, deshonrado e justamente condenado pelos homens. Sofrerá, por isso, resignadamente, as torturas e os martírios que lhe estão reservados, embora capacitado da atrocidade das penas e castigos que lhe serão aplicados.

Melancólicos há que revelam alucinações polimorfas : ouvem vozes que injuriam, acusam e ameaçam ; sentem o odor de carne em putrefação ; afirmam que os órgãos estão em vias de decomposição, que o sangue se coagulou nas veias, que o intestino está paralizado.

7. *Melancolia ansiosa.* — Na melancolia ansiosa o doente é dominado pela ansiedade e pela angústia. Dêle se apodera grande instabilidade psico-motora e incessante inquietude.

Receioso, não cessa de gemer, de se lastimar.

A fisionomia revela profunda dor moral e grande sofrimento. O doente não pode permanecer sentado ou deitado. Anda de um para outro lado, contorcendo as mãos, arrancando os cabelos, beliscando-se, contundindo-se, num estado de desesperação inenarrável. Para fugir a tão grande sofrimento, alguns buscam refúgio na morte, sendo relativamente numerosos os casos de suicídio de melancólicos ansiosos.

Nesta forma as idéias delirantes de ruina material, de auto-acusação, de incurabilidade, de influência, hipocondríacas, costumam manifestar-se com grande intensidade.

8. *Síndromo de Cotard.* — COTARD, insígne alienista francês, demonstrou que, na melancolia ansiosa, o delírio hipocondríaco pode sistematizar-se em tôrno das idéias de negação. Surgem então as idéias chamadas de megalomelancolia, que levam o paciente a se julgar o

mais infame dos homens, o maior devedor do mundo, o mais indigno dos seres. O doente tem idéias de enormidade, nega a existência dos seus próprios órgãos, de sua pessoa, do mundo, dos astros. Ao mesmo tempo diz estar condenado a um sofrimento eterno. Julga-se transformado num monstro abjeto e desprezível, abominado por todos, até pela própria família.

Tais idéias se acompanham, não raro, de negativismo alimentar e de oposição formal aos cuidados de *toilette* e às mais elementares exigências corporais. Aquí se notam, nitidamente, as idéias de transformação corporal, o chamado delírio metabólico.

9. ***Estados mistos.*** — Os fenômenos de excitação e de depressão podem imbricar-se, surgindo concomitantemente. São essas as formas chamadas mixtas. Nelas — diz GILBERT BALLET — "encontram-se associados, num mesmo doente e num mesmo momento, sintomas do estado maníaco e do estado melancólico ; tal forma apresenta grande interêsse, porquanto ela demonstra a origem comum e a natureza idêntica dêsses fenômenos na aparência opostos, quer dizer a excitação e a depressão".

Dentre as formas mixtas, a mania colérica de KRAEPELIN é uma das mais conhecidas.

10. ***Diagnóstico.*** — O diagnóstico da psicose maníaco-depressiva, quer a sua sintomatologia se traduza por excitação maníaca ou depressão melancólica, se funda sobretudo na anamnese, que virá esclarecer a existência de acessos anteriores.

A excitação maníaca se presta a confusão com a fase inicial de certas formas esquizofrênicas, mas nestas a excitação psico-motora é sempre mais desordenada. Tratando do diagnóstico diferencial entre essas duas entidades clínicas, escreveu, com muita razão, o Prof. FRANCO DA ROCHA : "Tudo o que se encontra na psicose maníaco-depressiva pode aparecer na demência precoce ; mas nem tudo o que se dá nesta existe naquela. Isto quer dizer : sinais positivos da psicose maníaco-depressiva não garantem que se trate dessa doença ; mas sinais positivos de demência precoce excluem a psicose maníaco-depressiva".

A depressão melancólica pode ser também confundida com as formas depressivas da paralisia geral. Entretanto, o exame neurológico e o do líquido céfalo-raqueano virão esclarecer toda e qualquer dúvida a respeito.

Há formas de demência senil que irrompem por um síndromo depressivo simulando a melancolia. A ausência de crises anteriores e os sinais indicativos de involução servem de elemento para o diagnóstico diferencial.

11. Evolução. — O prognóstico é, em regra, favorável. Entretanto, as recidivas são frequentes. Ora as crises se instauram com o colorido maníaco, ora com o melancólico, predominando, de acôrdo com o caso, esta ou aquela forma. Na depressão melancólica, a recusa alimentar acarreta estado de grande fraqueza e pode dar lugar a doenças intercorrentes, finalizando pela morte.

Por vêzes, sobretudo com a idade, a melancolia evolue para a cronicidade.

12. Tratamento. — Doença cíclica, as crises de mania ou de melancolia, que constituem a psicose maníaco-depressiva, costumam durar períodos determinados. Por vêzes, os choques piretoterápicos e a convulsoterapia pelo Cardiazol podem abreviar o período das crises.

Cumpre não se descuidar do tratamento sintomático da agitação, recorrendo-se aos sedativos físicos e psíquicos — balneoterapia, brometos, barbitúricos, etc.

Nos estados depressivos têm ainda hoje grande voga, quando há intensa ansiedade, os opiáceos. Ultimamente os autores têm recorrido, com resultados apreciáveis, às hematoporfirinas e ao sulfato de benzedrina.

Não se pode, ao demais, descuidar do estado geral dêsses doentes, zelando pela sua nutrição, empregando vitaminas e reconstituintes gerais.

Nos estados de grande agitação maníaca, a internação é imprescindível, não só para se proteger o meio das reações mórbidas do doente, como também para sujeitá-lo a tratamento adequado.

Na melancolia, o tratamento hospitalar se impõe, maximé quando o doente apresenta idéias de suicídio.

13. Aplicações médico-legais. — Na psicose maníaco-depressiva surgem muitas vêzes problemas médico-legais que exigem grande ponderação por parte do médico, sobretudo quando se trata de ajuizar a questão da validade dos átos praticados no chamado período lúcido da psicose maníaco-depressiva.

Na fase de excitação maníaca o doente apresenta uma grande labilidade de humor e uma grande exaltação de todas as funções, razão por que fica sujeito a impulsos violentos, praticando frequentemente átos agressivos, sendo também exposto a impulsões de natureza sexual.

O hipomaníaco, no seu otimismo exagerado, levado pelas suas idéias megalomaníacas, pode praticar operações financeiras desregradas, de forma a comprometer a situação financeira da família, das sociedades comerciais a que pertençam, lançando-se em especulações arriscadas, fazendo aquisições desnecessárias, assumindo compromissos em desacôrdo com as suas possibilidades.

E' evidente que quando tais átos se revestem de característicos mórbidos e forem praticados concomitantemente com outros átos indi-

cativos de que o paciente, ao assumir tais responsabilidades, se encontrava em estado de exaltação maníaca, são os mesmos nulos. Êsse mesmo critério deverá ser seguido quando se trata de isentar o maníaco da culpabilidade por outros átos delituosos que êle venha a praticar, tais como furtos, desrespeito às autoridades, tentativas de extorsão, átos escandalosos, etc.

Nas formas de psicose maníaco-depressiva com predominância do quadro melancólico, as reações anti-sociais são motivadas, segundo DUPRÉ, quer por sensações dolorosas, como o suicídio, quer por representações impulsivas respondendo ao instinto de conservação e seguidas sempre de arrependimento, ainda por um estado passional ligado à angústia, razão por que cometem atrocidades executadas sem plano, de uma maneira cega, como que convulsiva, com rasgos, imprudência, ultrapassando em crueldade tudo que a razão pode alcançar ; por ilusões, alucinações ou idéias delirantes : assim, suicídio para escapar à tortura, às perseguições, para expiar crimes imaginários, para livrar o mundo de um escândalo, para obedecer a vozes ; tal é também o infanticídio por amor, levado a efeito para que a criança querida não gema e não permaneça mais nesse vale de lágrimas. Nessas condições, tanto o suicídio como o infanticídio são executados com reflexão e premeditadamente, obedecendo a um plano longamente amadurecido. Os melancólicos muitas vêzes são autores de auto-denunciação, apresentando-se perante as autoridades como tendo praticado crimes que não executaram.

No que toca aos intervalos lúcidos, êsse problema vem preocupando de longa data os médicos legistas, a partir de PAULO ZACHIAS, que abordou o problema do que êle denominava *intervalla perfectissima.*

A propósito dos intervalos lúcidos, são clássicas as conclusões do juiz AGUESSEAU, segundo o qual, para que se considere realmente um intervalo lúcido, é preciso que se consignem não simples vislumbres de razão, não um relâmpago nem um crepúsculo, mas uma luz perfeita, um brilho vivo e contínuo, um dia pleno e inteiro separando duas noites . . . Não uma simples diminuição, uma remissão do mal, mas uma espécie de cura passageira, uma intermissão tão nítida que se assemelhe inteiramente à volta à saúde.

Os problemas médico-legais inerentes aos períodos lúcidos têm dado lugar a grandes controvérsias no que concerne à capacidade civil e ao grau de imputabilidade. Entre nós, HEITOR CARRILHO publicou excelente estudo nos Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria (1921).

Julgamos que os problemas médico-legais relativos aos intervalos lúcidos devem ser objeto de estudos em cada caso concreto, dependendo as conclusões da sintomatologia clínica e das circunstâncias em que o doente praticar tais átos.

CASO N.º 14. — *Tentativas de homicídio praticadas em estado de excitação maníaca.*

Nós, abaixo assinados, Drs. A. C. Pacheco e Silva e Leopoldino Passos, respectivamente diretor e sub-diretor do Hospital de Juquerí, peritos nomeados para procedermos a exame mental na pessoa de Francisco M. F., presentemente recolhido ao Hospital de Juquerí, prestado o compromisso legal, passamos a elaborar o relatório médico-legal.

QUALIFICAÇÃO. — Francisco M. F., com 34 anos, branco, brasileiro, casado, dentista, residente na capital, deu entrada no Hospital de Juquerí a 8 de outubro de 1929.

FÁTOS. — O paciente é acusado de ter, no dia 29 de setembro de 1929, no Teatro São Carlos, à rua Guaicurús n.º 23, desfechado um tiro de revólver contra Ulysses S., ferindo-o na nádega direita. Praticado o delito, o criminoso tentou fugir, resistindo também, no primeiro momento, à prisão. O motivo do áto prende-se a uma altercação que ambos tinham tido, por causa de uma vitróla que Ulysses lhe emprestára.

Antes dêsse fáto, já o paciente havia manifestado sinais de desordem mental, tendo se envolvido, anteriormente, em dois conflitos : o primeiro, na praça da Sé, no qual saiu ferido por um projétil no couro cabeludo ; o segundo em Santo Amaro, onde descarregou seis tiros contra o delegado de polícia.

HISTÓRIA CLÍNICA. – *Antecedentes hereditários.* — Na família há apenas a assinalar um caso de doença mental, na pessoa de uma tia do paciente.

Antecedentes pessoais. — Teve febre amarela, pneumonia, gripe e blenorragia.

Aos 15 anos de idade, por ocasião da morte de seu pai, teria tido fortes crises nervosas, seguidas de convulsões.

Aos 17 anos apresentou, pela primeira vez, distúrbios mentais, sendo tratado numa das seções do Hospital Central do Exército, onde esteve durante 3 meses, saindo curado.

Desde essa época, periòdicamente é acometido por desordens psíquicas, tornando-se agitado e violento, não raro praticando desatinos, como se verifica pelo seu histórico.

EXAME SOMÁTICO. — Não apresenta vícios de conformação congênitos ou adquiridos.

No tegúmento externo notamos algumas pequenas e antigas cicatrizes.

Nada para o lado dos órgãos essenciais à vida.

A estática, a orientação e a motilidade são normais.

Os reflexos tendinosos se mostram um pouco vivos nos membros inferiores, mas não apresentam desigualdade de um para outro lado.

Reflexos cutâneos, abdominais e cremasterianos presentes.

Reflexos pupilares normais. Nada para o lado dos nervos craneanos.

EXAME PSÍQUICO. — Dotado de regular cultura intelectual, exprime-se com facilidade, dando informações precisas sôbre a sua pessoa, procurando justificar-se quanto aos átos violentos que praticou.

Boa orientação no lugar, tempo e meio.

Nota-se grande aceleração na marcha do pensamento, não se verificando, todavia, fuga de idéias.

De humor alegre, por vêzes eufórico, em outras ocasiões se mostra colérico e agressivo.

Atenção fugidia. Memória boa para fátos antigos e recentes.

Dá informações precisas sôbre o seu passado e sôbre a sua vida agitada.

Conserva-se quasi sempre em excitação, revelando uma alegria ruidosa, em estado de hipomania.

Quasi sempre exaltado, violento, exasperando-se sem motivo plausível, faz-se necessário, frequentemente, isolá-lo dos companheiros de enfermaria, para se evitarem atritos.

Reclama, com insistência, sua liberdade, alegando necessitar trabalhar, cuidar de sua família e de seus interêsses.

DIAGNÓSTICO. — O quadro clínico é típico da psicose maníaco-depressiva (mania predominante).

Elaborada a ligeira síntese da moléstia mental de Francisco M. F., que vai acima transcrita, passamos a responder os quesitos apresentados pelo Dr. Promotor Público:

1) P. – O paciente sofre de alienação mental?
R. – Sim.

2) P. – De que natureza e qual das classificações científicas?
R. – Psicose maníaco-depressiva (mania predominante).

3) P. – De quanto tempo data?
R. – Os peritos não têm elementos para precisar exatamente o início da moléstia; entretanto, dados os seus antecedentes e as circunstâncias em que praticou o delito de que é imputado, podem afirmar que o paciente já estava perturbado nessa ocasião.

4) P. – Ao tempo em que praticou o delito já sofria de alienação mental?
R. – Sim.

5) P. – Têm os Snrs. peritos elementos para afirmar que, ao tempo em que foi praticado o delito, o paciente se achava em estado de completa perturbação de sentidos e inteligência?
R. – Sim.

Em conclusão, o áto criminoso praticado pelo paciente reconhece como causa as desordens mentais de que padece.

Assim, será de vantagem que êle permaneça recolhido em hospital psicopático, até que se desvaneçam os distúrbios psíquicos que o levam, frequentemente, a praticar átos violentos, tornando-se um indivíduo perigoso à comunidade social.

Tal é o nosso parecer.

São Paulo, 10 de fevereiro de 1930.

(*aa.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.
Dr. LEOPOLDINO PASSOS.

CASO N.º 15. — *Crise de excitação maníaca manifestada pela terceira vez em consequência de abalos morais. Parecer para interdição.*

Nós, os Drs. Antonio Carlos Pacheco e Silva, diretor do Hospício de Juquerí, e Francisco Marcondes Vieira, médico alienista do mesmo Hospício, ambos diplomados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, nomeados pelo Exmo. Snr. Dr. Juiz de Direito da 2.ª Vara Criminal de São Paulo para darmos parecer sôbre o estado mental do Snr. João P. S., atualmente internado na Casa de Saúde do "Instituto Paulista", prestado juramento legal, procedemos aos exames médicos do paciente após o que, redigimos o parecer abaixo, relatando o resultado das nossas observações.

João P. S., com 41 anos, casado, brasileiro, de raça branca, natural de Alegrete (Estado do Rio Grande do Sul), estancieiro, atualmente internado na Casa de Saúde do "Instituto Paulista", na capital de São Paulo, procedente de Alegrete.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Segundo as informações colhidas, não há na família antecedentes neuro e psicopáticos.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Foi sempre muito sadio. Não se recorda de ter tido moléstias dignas de menção. Assinala ter sofrido quatro operações consecutivas, de uma fístula perineal, em 1897.

Esta é a terceira vez que o paciente é recolhido em casa de saúde, por apresentar perturbações mentais ; a primeira crise se manifestou em 1917 : Após campanha eleitoral muito agitada, na qual se empenhou vivamente, num momento de exaltação quis agredir, a laço, o intendente de Porto Alegre. Recolhido ao Hospício de S. Pedro, na cidade acima referida, em estado de grande agitação, caiu posteriormente em estado de depressão e tristeza, tornando-se arredio e mostrando receio de ser morto. Saiu curado ao fim de quatro meses de reclusão.

Um ano depois, em fins de 1918, durante a epidemia de gripe, sobreveio-lhe a segunda perturbação mental. Estando o paciente muito fraco, apenas convalescente de gripe pneumônica, teve profundo abalo ao saber da morte de um primo, a quem muito estimava. Nessa ocasião foi atacado de insônia rebelde, tornou-se muito agitado, e ligeiramente confuso, foi recolhido à casa de saúde do Dr. Echtpare, em Montevidéu. Aí foi feita a reação de WASSERMANN no sangue e no líquido céfalo-raqueano, sendo ambos os resultados negativos. Submetido a tratamento opoterápico (cerebral e testicular) ficou restabelecido em pouco tempo, voltando à sua atividade primitiva.

A vida, daí por diante, correu-lhe normalmente até o ano passado, época em que se instalou a revolução rio-grandense. João P. S. manifestou sempre grande pendor pelas lutas partidárias, filia-se à facção assisista, tomando parte ativa na revolução. Leva vida agitada ; sofre emoções fortes, vê morrer alguns amigos, assiste espetáculos impressionantes, tem grandes prejuízos materiais.

Surge então, repentinamente, a terceira fase de agitação. Nos primeiros dias de fevereiro o paciente resolve ir de sua estância a Alegrete, e em caminho, já tarde da noite, nas proximidades da cidade, chega à casa de um parente, onde resolve pernoitar.

Já se encontrava bastante excitado, referindo-se a manifestações espíritas que tivera durante a viagem, pois, os que o acolheram, julgaram-no embriagado. Na manhã seguinte persiste o mesmo estado : agitação, tagarelice e, por fim, tem a ilusão de estar em combate, chama aos amigos de oficiais, dando-lhes ordens militares.

Os parentes procuram em vão acalmá-lo. Em dado momento o doente dispõe-se a prosseguir viagem, no que é impedido pelas pessoas presentes.

A sua agitação atinge ao auge, quer agredir a todos, clamando pelos seus direitos de homem livre.

E' pôsto em camisa de fôrça e, acompanhado pelos seus, é transportado em trem especial para São Paulo, onde, aconselhada por médicos amigos da família, a espôsa o internou na casa de Saúde do "Instituto Paulista".

EXAME SOMÁTICO. — Trata-se de um indivíduo entroncado, musculoso, de cabeleira farta, já meio grisalha.

Não apresenta vícios de conformação congênitos ou adquiridos.

Não consignamos perturbações nos órgãos essenciais — o coração bate regularmente. Tem 94 pulsações por minuto.

Pressão arterial medida com aparelho de PACHON —

Máxima 13 ½
Mínima 11

Os pulmões, os rins, o fígado e o estômago nada revelam de anormal. A urina não contém albúmina.

Reflexos profundos e superficiais são normais.

Pupilas sem desigualdade, reagindo bem à luz e à acomodação. Ausência de disartria.

Pequenos tremores fibrilares da língua.

Sensibilidades bem conservadas.

Exame psíquico. — O nosso observado recebe os que dêle se aproximam com delicadeza, demonstrando, pelos seus modos e palavras, ser um homem educado. Fala continuamente e vai logo em tom declamatório, antes de indagar quem são as pessoas que tem na sua presença, fazendo considerações gerais sôbre os seus princípios e sôbre a sua pessoa — "Não tolera os opressores, é um paladino da liberdade, bateu-se e há-de bater-se pela causa sagrada que abraçou — a da liberdade do Rio Grande do Sul".

O B. de M. é o maior bandido da terra, mas não há de dominar o Rio Grande, enquanto êle, gaúcho valente, agitador das massas, homem de grande energia e inteligência, permanecer na arena.

Súbito, interrompe bruscamente a sua narrativa, desculpa-se de se apresentar em trajes pouco distintos (o doente estava em mangas de camisa e de chinelos sem meias), procura justificar-se, dizendo estar alí detido sem roupas, até os chinelos que calça não lhe pertencem. Só então começa a se interessar pelos que o circundam, demonstrando a pouca atenção que prestou à nossa chegada, pois nessa ocasião nos apresentámos. Desconfiado, pensa estar sendo iludido ao ouvir dizer quem somos: "O diretor do Juquerí é um velho que lhe foi mostrado há dias e não o moço que se apresenta como tal". Ao saber da presença de um advogado, levanta-se espetaculosamente, toma atitudes de orador, saca do bolso e lê um discurso adrede preparado.

Findo o discurso, continua a manifestar grande atividade cerebral, as idéias surgem a cada instante sem estabilidade, em atropêlo. Frequentemente, a propósito de qualquer incidente, abre longos parêntesis, perdendo o fio principal da palestra.

Quando fala, os olhos desmesuradamente abertos se iluminam de grande brilho, a fisionomia torna-se animada, a cabeleira revolta cái-lhe pela testa, a voz vai se erguendo em tom convincente e afirmativo.

A abundância de idéias é também revelada pela escrita, não há papel que chegue para encher tudo quanto lhe vem à mente — artigos para jornais, versos, acrósticos, cartas, discursos enchem folhas e folhas de bloco e até papeis de embrulho. Dois assuntos principais o preocupam — A revolução do Rio Grande e o Espiritismo.

Não se lhe notam perturbações da memória, que é pronta e fiel.

Não nos foi dado surpreender a existência de alucinações visuais ou auditivas. Parece, no entretanto, fóra de dúvida, terem existido perturbações sensoriais. Eis um trecho de uma carta escrita a um amigo:

"Tive uma manifestação espírita a 5 de fevereiro, quando fazia o trajeto da casa do Zequinha a sua; mas também fui covardemente insultado à noite dêsse mesmo dia por êsse miserável bando de provisórios que infesta o nosso amado Rio Grande."

Inquirido sôbre tal manifestação, assim a descreve: — "Foi uma impressão deliciosa, tive a sensação de ser uma rosa já desfolhada pelas dores da vida, senti beija-flores esvoaçarem em tôrno da minha cabeça, sentia-me suspenso no espaço.

Passada esta impressão, pus-me a refletir e deduzí que a mesma outra cousa não era senão uma mensagem de meu pai, já falecido.

Tive uma grande alegria e deixei escapar uma gargalhada. Um negrinho que me acompanhava tomou grande susto e fugiu em disparada, indo contar em casa ter o patrão enlouquecido".

Atualmente o doente tem insônia, à noite sente sensações extraordinárias que não sabe interpretar, levanta-se e põe-se a escrever:

"Insônia. Alta noite. Resigna-te.

Não é sonho. Não é delírio. Não é loucura. O que será! Não sei. Será fraqueza? Não, tenho bom trato. Será efeito do abuso da morfina ou cocaína? Também não, nunca usei-as. Não posso atribuir qual a origem do teu sofrimento! No entanto sofro!... Pobre João, etc."

Tem interpretações delirantes de fundo persecutório.

E' incoerente, ora faz as mais graves acusações à espôsa e aos filhos por terem consentido na sua internação; logo depois mostra-se penalizado, lamentando profundamente os seus, pelos desgostos que a sua internação deve causar.

No correr da conversação o paciente resvala frequentemente para assuntos escabrosos, contando aventuras e pilhérias.

Resumindo, temos:

SUMULA. — Hiperatividade psíquica revelada por mímica exagerada, logorréia incontida e numerosos escritos. Instabilidade e fuga de idéias, aceleração na marcha do pensamento e falta de coesão nas operações intelectuais. Interpretações delirantes de fundo persecutório. Perturbações sensoriais da esfera cenestésica.

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA. — Trata-se de um caso de excitação maníaca, também chamada hipomania, mania mitis, mania raciocinante ou, segundo KRAEPELIN — psicose maníaco-depressiva (mania predominante).

DISCUSSÃO E APRECIAÇÃO DOS FÁTOS. — Como se depreende da história clínica do paciente, todas as perturbações mentais explodiram após emoções fortes. A última crise pode ser considerada como um produto da revolução riograndense.

O próprio paciente reconhece a influência dêste fator na produção do seu estado, quando escreve "Assim como o sêr moral nos ensina a não fazer o mal esperando o bem, a medicina não cura da morte — matando.

A vossa psiquiatria não o poderia ensinar a matar moralmente um homem que pregando pela liberdade — foi vencido.

Um homem doente da alma, um doente pela falta de liberdade do seu brioso quão glorioso Rio Grande, não se cura tolhendo-o da liberdade, por quem vem de se debater por ela" (Fragmentos de uma carta).

SÉGLAS, no seu "Tratado de Pathologia Mental" (pág. 33), faz as seguintes considerações sôbre os casos de alienação mental consequentes às revoluções.

"On sait à quel degré les luttes politiques et religieuses surexcitent les esprits et troublent les intelligences. Il est penible de rappeler la part qui revient à cette excitation morbide dans une foule d'événements douloureuses ou sanglants, que l'histoire a enregistrés. Les révolutions sont souvent l'œuvre d'esprits robustes, mais elles rompent l'equilibre mental trop instable des esprits faibles, qui s'abandonnent alors trop aisement à leurs impulsions et à leurs instincts. Ces desiquilibrés deviennent à l'occasion les principaux aucteurs des drames revolutionnaires (LABORDE). Les commotions politiques provoquent aussi de veritables accès de melancolie ou de manie, etc. Elles ne sont pas, dit ESQUIROL, des causes predisposantes, mais des causes excitantes. Tel individu que les passions revolutionnaires rendirent aliéné, le fut devenu il y a deux siècles, par la crainte des sorciers et du diable".

Nos nossos dias, o espiritismo usurpou o trono dos feiticeiros e da possessão demoníaca.

Não é, pois, de estranhar que as psicopatias apareçam nos predispostos, coloridas por um fundo espírita, como no caso em questão.

O Prof. FRANCO DA ROCHA, no seu "Esbôço de Psychiatria Forense" (pág. 32), também faz interessantes considerações sôbre o papel das revoluções na eclosão das psicoses.

"Em épocas de revoluções e guerras civís aparecem casos de loucura, cujo conteúdo delirante revela o momento que os desencadeou.

Nestes casos é preciso, entretanto, distinguir o modo de ação da causa. Nas revoluções surgem os descontentes, e sèriamente contrariados com os fátos; e os degenerados, que surgem à superfície da sociedade, caindo num excesso emotivo entusiasta e, por uma deslocação brusca no seu modus vivendi, praticam os maiores desatinos e revelam prontamente o seu defeito orgânico até então reprimido".

O Prof. HENRIQUE ROXO, no seu "Manual de Psychiatria" (pág. 48), chama a atenção para o aumento de casos de loucura no Hospital Nacional de Alienados após as agitações havidas no Rio de Janeiro :

"As revoluções acarretam um aumento no número de alienados. São indivíduos que ficaram fortemente emocionados com o que viram e sentiram.

Durante a revolta do tempo de Floriano, em seguida à proclamação da república em Portugal, em consequência da revolta da vacina obrigatória, surgiram no Hospital Nacional de Alienados doentes que desvairaram com a impressão dêsses abalos sociais".

São essas as considerações que se nos afiguram de certo interêsse, para o estudo do caso em questão. Não existindo quesitos a responder, damos por finda a nossa missão.

(*aa.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA – relator.
Dr. FRANCISCO MARCONDES VIEIRA.

PSICOSES DE INVOLUÇÃO. SENILIDADE

1. Definição e conceito. – 2. Etiologia. – 3. Teorias da senilidade. – 4. Psicologia da velhice. – 5. Sintomas físicos. – 6. Delírio de ruina pré-senil. – 7. Melancolia pré-senil. – 8. Demência senil. – 9. Presbiofrenia. – 10. Diagnóstico. – 11. Prognóstico. – 12. Tratamento. – 13. Aplicações médico-legais.

1. Definição e conceito. — No grupo das psicoses de involução e da senilidade se incluem vários estados mórbidos que ocorrem na senectude, caracterizados por decadência intelectual progressiva, coexistindo quasi sempre com alucinações, idéias delirantes e distúrbios na esfera afetivo-moral.

O Prof. HÉLION PÓVOA diz acertadamente ser "a velhice uma involução normal, a senilidade uma involução exacerbada pela soma de fatores etio-patogênicos múltiplos: uma decadência orgânica patológica."

2. Etiologia. — A demência senil costuma instalar-se em regra depois dos 60 anos, conquanto se observem casos ditos de *senium prœcox*, nos quais se nota, antes daquela idade, o aparecimento de sinais físicos e distúrbios psíquicos inerentes à senectude.

Seria óbvio afirmar-se que as infecções e as intoxicações, entre as quais se destacam a sífilis, o alcoolismo e o tabagismo, concorrem para acelerar a instalação dos fenômenos de involução. Idêntico papel têm as causas de ordem moral, as emoções frequentes, os excessos físicos, intelectuais e sobretudo sexuais. E' também fora de dúvida o papel da herança. Como há famílias de longevos, há também outras cujos membros envelhecem prematuramente.

3. Teorias da senilidade. — Porque envelhecemos? Eis aí um enigma que tem preocupado a humanidade desde os seus primórdios, sem que se possam encontrar argumentos absolutamente concludentes.

VIRCHOW, CAZALIS e muitos outros defendem a chamada teoria da artério-esclerose crônica. A atrofia e a decadência das células nobres do organismo (cérebro e coração sobretudo) seriam mera consequência da artério-esclerose dos vasos e do coração, isto é, do espessamento e da rigidez das paredes arteriais. Dessa teoria deriva o aforisma "Cada homem tem a idade das suas artérias". MINOT entende ser a artério-esclerose não a causa, mas o efeito da senilidade. Para WEISMANN, a

velhice seria um fenômeno inevitável e comum a todos os seres vivos que nascem, crescem, reproduzem-se e envelhecem, para depois morrerem.

DASTRE reviveu a velha teoria hipocrática "*Senectus est morbus*", atribuindo a decadência animal a uma enfermidade e não a modificações físico-químicas.

METCHNIKOFF vulgarizou, nos seus célebres "Ensaios otimistas", a teoria que atribue às desharmonias constitucionais do organismo o advento da senilidade. Para êle, seria o intestino grosso, órgão de utilidade duvidosa, viveiro perene de micróbios séticos produtores de toxinas, o principal responsável pela velhice. Donde os seus conselhos, preconizando o uso de coalhadas e fermentos láticos, afim de evitar a putrefação intestinal.

Cabe a BROWN-SEQUARD o mérito de haver atribuido a decadência senil à esclerose das glândulas vasculares sanguíneas. Partindo dêsse princípio propôs, para combater a senilidade, o emprêgo dos extrátos testiculares, dos quais a sequardina foi o primeiro introduzido em terapêutica.

Anos depois, STEINACH e VORONOFF reviveram essa teoria, agregando-lhe novos argumentos, na sua maioria de ordem experimental. Realmente, os fátos demonstram existir relação direta entre a conservação da atividade das gônadas e a instalação da senectude. Hoje se costuma repetir não ter o homem a idade das suas artérias, mas sim a das suas glândulas.

4. ***Psicologia da velhice.*** — As modificações que se operam na psicologia do homem, à medida que vai envelhecendo, estão na razão direta das alterações que se processam, com o correr dos anos, na cortiça cerebral.

Na velhice ocorrem perturbações da memória, obedecendo às leis de RIBOT. A lembrança dos fátos recentes se desvanece antes das recordações dos fátos antigos, em virtude da amnésia de fixação, que não permite ao velho reter os últimos fátos desenrolados. RAMON Y CAJAL refere-se às chamadas traições da memória senil, que leva a trocar os nomes das coisas e a recorrer a perifrases ao se referir a uma determinada pessoa.

Na ancianidade o indivíduo perde a capacidade de transformar as sensações em representações mentais. O velho tem também tendência a repetir, a um mesmo auditório, fátos já por êle narrados muitas vêzes, esquecido de que já o fizera anteriormente diante das pessoas presentes.

No ocaso da vida o homem experimenta verdadeira repulsa por tudo quanto é moderno, criticando acerbamente as novas idéias e os novos costumes. Entra, então, na fase do *Laudator tempori acti.*

O raciocínio do ancião é falho e superficial, há uma sensível diminuição da capacidade creadora e considerável estreitamento do campo mental.

Extremamente irascível, suscetível, desconfiado, misoneista, pueril, egoista, avarento ou pródigo, egocêntrico, tal é, em sua essência, a mentalidade da maioria dos velhos, quando alcançou a senectude.

5. ***Sintomas físicos.*** — Com a idade a pele se torna engelhada, transparente e de aspecto pergaminhado, deixando ver o desenho dos vasos subjacentes. Os cabelos caem ou ficam encanecidos. Há distúrbios do metabolismo, com emagrecimento progressivo, fusão muscular, distúrbios circulatórios, tremores generalizados do tipo dito senil, baixa da visão, diminuição da audição, estase venosa no segmento cefálico, fragilidade óssea, distúrbios urinários, obstipação intestinal, impotência sexual e insônia.

6. ***Delírio de ruina pré-senil.*** — KRAEPELIN descreveu determinada modalidade clínica da senilidade, constituída por idéias delirantes de ruina, idéias depressivas, agitação e angústia. O doente cai em profunda depressão, permanecendo taciturno, triste, desconfiado, sombrio e com receio infundado de se encontrar arruinado física, mental e economicamente.

7. ***Melancolia pré-senil.*** — Mais frequente no sexo feminino, a melancolia pré-senil se instala entre os 50 e 60 anos. Os elementos fundamentais desta forma clínica são : ansiedade, angústia, panfobias, perda da energia e da capacidade pragmática. Há formas mitigadas, nas quais não se notam distúrbios sensoriais, como há outras com fenômenos delirantes, com idéias de pecado e de auto-acusação.

8. ***Demência senil.*** — a) *Período inicial.* De permeio com os sinais físicos acima descritos, observa-se no período inicial da demência senil : decadência intelectual progressiva ; distúrbios da memória obedecendo às leis de RIBOT ; irritabilidade ; tendência à fabulação e à mendácia ; perda da capacidade pragmática ; predominância do automatismo mental e de reminiscências na elaboração intelectual ; embotamento da afetividade ; egoismo, avarícia e puerilismo, do tipo mental senil descrito por DUPRÉ. b) *Período de estado.* Nesta fase é marcada a diminuição do patrimônio intelectual. A desorientação no espaço, meio e tempo já é patente. Os distúrbios do sôno são frequentes, seguidos de agitação noturna, onirismo, alucinações, idéias e interpretações delirantes. c) *Período terminal.* Do período de estado passa o senil, rapidamente, para a fase terminal. Sobrevêm paralisias, os esfíncteres perdem a sua tonicidade, a fôrça muscular diminue progressivamente. Acamado, incapaz de se erguer, em estado de gatismo, satisfazendo as suas necessidades fisiológicas no próprio

leito, o velho não mais reconhece os que dêle se aproximam, cai em estado de torpor, em marasmo, terminando os seus dias em caquexia franca.

*9. **Presbiofrenia.*** — WERNICKE denominou presbiofrenia um quadro especial da demência senil que se distingue das demais formas por: amnésia; desorientação auto e alopsíquica; vivacidade aparente; ilogismo; queda do juízo crítico; euforia; conservação dos antigos hábitos; átos de automatismo mental.

ALZHEIMER e PICK descreveram formas atípicas da involução senil, caracterizadas sobretudo por atrofias cerebrais circunscritas a determinadas regiões, formas essas que são excepcionais entre nós.

*10. **Diagnóstico.*** — O diagnóstico diferencial da demência senil, com a paralisia geral instalada em idade avançada, pode oferecer certa dificuldade, que as reações liquóricas esclarecem.

Já nos referimos às dificuldades em se estabelecer o diagnóstico diferencial entre a demência senil e certas psicoses orgânicas, em particular com as diversas modalidades da artério-esclerose cerebral, que muitos autores englobam num só e mesmo capítulo.

Em regra, na artério-esclerose cerebral se não observam distúrbios da memória obedecendo à clássica lei de RIBOT, como sucede nas psicoses da senilidade.

Na artério-esclerose cerebral há sintomas em foco, aumento da pressão arterial, cafaléia intensa, estado vertiginoso, sinais neurológicos, de irritação piramidal e cerebelar, o que é menos frequente nas formas senís. Estas evoluem em geral de modo lento e silencioso, ao passo que a marcha é mais rápida e acidentada nas formas da artério-esclerose cerebral.

*11. **Prognóstico.*** — O prognóstico dos distúrbios mentais ligados à senectude é sempre desfavorável. Não devemos, contudo, esquecer-nos da possibilidade de se observar um síndromo confusional sobrevindo em idade avançada, simulando um estado demencial. Afastados os fatores tóxicos, o doente apresenta consideráveis melhoras, podendo até recobrar a capacidade civil. RITTI insiste na diferenciação das psicoses da senilidade, assunto bem estudado, entre nós, pelos Drs. VIRGILIO DE CAMARGO PACHECO e CELSO WEY DE MAGALHÃES, no seu trabalho "Psicoses da velhice e Psicoses na velhice".

FRANCO DA ROCHA, a propósito de três casos que deram lugar a interessantes questões forenses, diz: "Convém não perder de vista a possibilidade de uma perturbação passageira mascarada com os sinais da demência senil, fáto que já vimos nos três casos acima citados. Todas as causas que atuam no terreno da senilidade tendem a pôr em relêvo as fraquezas já começadas, embora não percebidas".

12. Tratamento. — O problema do rejuvenescimento, da conservação da mocidade eterna, foi sempre objeto de preocupação do homem. Mau grado os progressos da ciência, não conseguiu ainda o homem evitar os efeitos da usura da vida. Os regimes hipotóxicos, hipoazotados, as medicações iodadas e os nitritos, ao lado do repouso do espírito, são os métodos mais eficazes no combate da senilidade. Hoje, os extratos glandulares, sobretudo das gônadas, têm grande voga, com resultados animadores em certos casos, enchendo de esperança os que para lá caminham . . .

13. Aplicações médico-legais. — O velho em plena senilidade pode, movido por impulsões, sem juízo crítico, agir de forma insensata, praticando reações anti-sociais. Alguns têm sido acusados de furtos, outros de exibicionismo, de atentados ao pudor, de incêndio por descuido.

Os senís são frequentemente vítimas de idéias de ciume : apaixonam-se por moçoilas, às quais prometem casamento, tornando-se ridículos e desfrutáveis. O mesmo se dá com certas matronas que se apaixonam por mancebos.

Vêzes há, entretanto, em que se observam reações violentas consequentes à eretomania que os empolga. O delírio de ciume senil arrasta o ancião à prática de átos criminosos de inacreditável violência. Exemplo típico é o do Desembargador Pontes de Visgueiro, bem estudado por AFRÂNIO PEIXOTO na sua "Psiquiatria Forense".

Onde, porém, a senilidade dá margem a discussões acaloradas é na esfera civil, ao se avaliar a capacidade para gerir a pessoa e administrar os bens.

Sabido é que a velhice se instala, via de regra, insidiosamente, existindo entre a velhice fisiológica e a demência senil um período denominado mixto por LEGRAND DU SAULLE, o qual se presta a controvérsia no que respeita à época exata da cessação da capacidade.

Foi exatamente um dêsses casos que deu lugar a uma grande polêmica no Rio de Janeiro, da qual resultou o excelente trabalho do Dr. RAUL DE CAMARGO sôbre a incapacidade mental no Direito Civil, intitulado "Loucos de todo o gênero" (Edit. Jacinto R. dos Santos, Rio, 1921).

Recentemente estudámos um dêsses casos, que se nos afigura bastante demonstrativo relativamente às dificuldades que cercam tais perícias.

CASO N.º 16 — *Senilidade. Interdição pedida para salvaguardar os bens ameaçados por pessoas inescrupulosas. Estado mixto de Legrand du Saulle. Parecer favorável à interdição.*

Os abaixos assinados, Prof. Dr. A. C. Pacheco e Silva (relator), Dr. Thomé de Alvarenga e Dr. Armando de Arruda Sampaio, peritos nomeados pelo M. Juiz de Direito da Segunda Vara de Órfãos e Ausentes — Dr. Edgard de Toledo Malta —

para procederem a exame mental na pessoa do Snr. F. E. A. (Barão do A...), depois de prestarem o compromisso legal, pediram o prazo de trinta dias para examinarem escrupulosamente o paciente, o que fizeram, redigindo em seguida o relatório médico-legal que vai abaixo transcrito :

1. IDENTIFICAÇÃO. — Francisco E. A. (Barão do A...), branco, brasileiro, viuvo, com 83 anos de idade, proprietário, residente à Avenida ... n.º X.

2. HISTÓRICO. — O Dr. João Paulino Pinto Nazário, DD. 2.º Curador Geral de Órfãos, tendo tido conhecimento de que o Snr. Barão Francisco E. A., homem abastado e de avultado patrimônio, sem descendência e residente em companhia de um parente colateral, se encontrava perturbado das faculdades mentais e necessitando do remédio legal da interdição e que, ao demais, pessoas inescrupulosas tentavam, por meios ilícitos, apoderar-se de sua fortuna, deliberou promover a sua interdição, baseado nos artigos 447, III, e 448, II, do Código Civil, uma vez que os seus parentes, ao que parece, não desejavam tomar aquela iniciativa. Tendo conhecimento do processo de interdição, o Barão do A..., não se conformando com aquela medida, deliberou constituir, como constituiu, advogado para defendê-lo no processo de interdição contra êle requerido.

Antes de se proceder ao exame psiquiátrico, o Curador Especial e o advogado do paciente requereram a inquirição de testemunhas sôbre os seguintes articulados :

1) Fátos reveladores da sanidade mental do interditando, como sejam o suficiente discernimento e conhecimento das cousas humanas, isto é, noção do tempo, espaço, memória próxima e remota, raciocínio, sentimento, caráter.

2) Conhecimento do áto de sua interdição.

3) O estado geral da saúde do interditando relativamente à sua idade.

4) A administração dos seus negócios pessoalmente ou por procurador.

As testemunhas intimadas — Dr. C. B., Dr. P. G., E. F. A., A. J. de C B., N. de C. B. e F. C. de C. — declararam, em resumo, achar-se o Barão do A... em perfeito estado de sanidade mental, demonstrando lucidez de espírito e boa memória.

3. OBSERVAÇÃO. —

a) EXAME FÍSICO. — O Snr. Barão do A... está relativamente bem conservado para a sua idade, embora apresente indícios físicos evidentes de um processo de involução senil — na fisionomia, na postura, no andar, nos tremores, nos tecidos epidérmicos. Apresenta considerável diminuição da acuidade visual, consequente a alterações senís do respectivo aparelho. Foi operado de catarata do ôlho esquerdo, em 1931, pelo Dr. Pereira Gomes, que, inquirido como testemunha, declarou ser a vista dêsse ôlho razoável, mais ou menos de dois terços, não sendo melhor em consequência da ligeira esclerose da retina. Declara ainda o Dr. Pereira Gomes não ter operado o ôlho direito, a-pesar-de haver aconselhado, muitas vêzes, essa operação.

Observa-se, também, apreciável diminuição da função auditiva, que obriga as pessoas que o cercam a falar em voz alta e próximas ao paciente, para serem ouvidas.

Consigna-se, outrossim, certo grau de debilidade muscular, o que, associado à presbicia, obriga o paciente a se locomover vagarosamente e com certa dificuldade.

O exame clínico dos diferentes aparelhos e sistemas revelou : — Indivíduo com 84 anos de idade, do tipo longilíneo, com 1m,73 de altura, pesando 51 quilos.

Queixa-se o paciente de surdez, tonturas, forte diminuição da vista e de cansaço, o que reputa natural para a sua idade. Entretanto, julga-se no gôzo de boa saúde, dormindo e alimentando-se regularmente.

A inspeção nada revela digno de nota, salvo discreta pulsação arterial no pescoço. A pele nada apresenta de anormal, a não ser sinais de queratose senil, não se observando edemas ou cicatrizes.

O exame do aparelho digestivo nada acusa digno de nota.

No que respeita ao aparelho respiratório consignámos: Hipersonoridade à percussão de ambos os hemitóraces.

O exame do aparelho cárdio-vascular revelou: Ictus no 6.º espaço intercostal esquerdo, um dedo para fora da linha mamilar. O pulso bate 72 vêzes por minuto, verificando-se extra-sístoles isoladas e pouco frequentes. As artérias conservam relativa elasticidade. A aorta é palpável na fúrcula. A pressão arterial mede 13,5 para a máxima e 6,5 para a mínima. A ausculta revela sôpro diastólico, mais audível na ponta.

No que respeita às funções renais, a dosagem de uréia acusou a taxa de 36,5 miligramas %; a urina se apresenta com boa concentração (dens. 1021), não revelando a presença de produtos anormais.

b) Exame neurológico. — Marcha levemente atáxica. Reflexos tendinosos vivos e iguais. Leve incoordenação nos movimentos. Tremor senil, do tipo parquinsoniano, no braço e na perna esquerdos. Leves tremores digitais e da língua. O exame pupilar mostra-se prejudicado em virtude da catarata do ôlho direito e da operação realizada no esquerdo.

Não consignámos desordens nos territórios inervados pelos nervos craneanos. Sensibilidades — térmica, dolorosa e tátil — lèvemente embotadas.

c) exame mental. — Embora já bastante idoso, o paciente tem boa aparência, traja-se com sobriedade, é cortez e afável, acolhendo os que dêle se aproximam com polidez e distinção. Revela-se um homem criterioso nos comentários que faz, é ponderado, refletido, prudente e circunspecto. Tem relativa conciência da sua situação, referindo-se sem rancor, mas com mágua, às pessoas às quais atribue a iniciativa de ter promovido o processo de interdição, o que reputa um áto, não só de injustiça, como de ingratidão.

Nota-se-lhe, porém, desde logo, certo grau de enfraquecimento psíquico, caracterizado por morosidade na associação ideativa, prolixidade na exposição, tendência à repetição dos mesmos fátos, utilizando-se sempre de idêntico vocabulário.

Nos diversos exames a que procedemos buscámos apreciar, meticulosamente, as condições das faculdades intelectuais, afetivas e morais do paciente.

Lê o Barão do A... ou pede que para êle leiam os jornais diários, conservando dessas leituras algumas lembranças, sobretudo no tocante aos fátos que mais abalaram a opinião pública, não logrando todavia guardar nomes próprios. Assim, referiu-nos o caso do crime do Restaurante Chinês, que muito o impressionou, com algumas lacunas, embora o fizesse lentamente, com evidente esfôrço.

Procedendo a um exame mais cuidadoso das faculdades mnésicas do interditando, notámos evidentes falhas, sobretudo na memória de fixação, porquanto tem êle grande dificuldade, quando não impossibilidade, de reter os nomes de pessoas suas desconhecidas e mòrmente de cifras. Discorre, entretanto, sôbre fátos passados, demonstrando boa memória de reprodução do que ocorreu na maturidade, na mocidade e na infância.

O tipo da amnésia por êle apresentada obedece em tudo à chamada amnésia senil, magistralmente descrita por Th. Ribot, que estabeleceu a chamada lei da reversão da memória, a qual obedece aos seguintes postulados: — 1) As lembranças recentes desaparecem antes das antigas. 2) Há, na perda da memória, um recúo no passado que se opera progressiva e uniformemente. 3) As noções mais complexas são olvidadas em primeiro lugar. 4) A marcha da amnésia caminha do instável para o estável, das noções abstratas para as concretas.

A impossibilidade total ou parcial de se recordar dos fátos recentes acarreta falhas no raciocínio do Snr. Barão, que, reconhecendo tais deficiências, pede para que se não insista em perguntas que não pode responder em virtude do cansaço natural decorrente de sua idade avançada.

O paciente não logrou fixar o nome de dois dos peritos e, embora houvesse indagado por três vêzes, em curto intervalo, o nome de um dêles e fosse satisfeito no seu desejo, não conseguiu reter o referido nome (Dr. Alvarenga).

Conversou longamente com um dos peritos — Prof. Pacheco e Silva — que declinou a sua qualidade de médico e os motivos que o levavam a interrogá-lo e examiná-lo. Dois dias depois já não se recordava da palestra que havia tido, pois, após meia hora de conversação, indaga: "O Snr. é médico?"

Não pode o interditando dar informes seguros quanto aos bens que possue, declarando, com certas hesitações, possuir em dois bancos da capital, sem precisar as cifras com exatidão, conforme puderam verificar os peritos por elementos oferecidos pelo próprio paciente, que, para comprovar o que dizia, sacou do bolso dois avisos bancários relativos a tais depósitos. Não havia absolutamente concordância entre o que o paciente afirmava possuir e a importância mencionada nos avisos.

Informa também o paciente que é proprietário de casas em São Manoel e Botucatú, mas deixa transparecer grande dificuldade em precisar, exatamente, quantas são essas casas e quanto as mesmas rendem, fazendo afirmativas contraditórias.

Desejosos de deixar documentada a presente perícia, os médicos que a procederam elaboraram os testes a êste anexos, respondidos pelo paciente, ao qual foi concedido o prazo de uma hora.

Verifica-se, pela resposta dada aos testes, que a letra do paciente é trêmula, por vêzes quasi ilegível. O paciente avalia os seus bens em quinhentos contos de réis, mas, ao traduzir essa quantia em cifras, escreveu 500$000.

Diz montar o total das quantias que possue depositadas nos bancos da capital em 200:000$000, quando na realidade tais quantias são superiores a 460:000$000.

Finalmente, ao datar as suas respostas, indagou se estávamos em 1894 ou em 1994, escrevendo, ao depois, apenas 2 de março de 94, ao invés de 2 de abril de 1938.

O paciente tem conciência dos seus distúrbios da memória, procurando justificar o fáto pela sua idade avançada.

Além dos distúrbios mnésicos e desorientação cronológica, notámos a existência do chamado puerilismo mental senil, caracterizado, sobretudo, pela forma infantil com que se compraz em demonstrar os seus conhecimentos de inglês e francês, e a preocupação com que insiste em exaltar os seus dotes de pianista. Refere-se, também, com frequência, ao seu excelente apetite e quanto aprecia os doces.

A atenção é também fàcilmente exaurível.

Não observámos, entretanto, a existência de distúrbios da percepção — ilusões ou alucinações — ou de idéias delirantes.

Em conclusão — O Snr. Barão do A... apresenta, em virtude de um processo de involução senil, certo grau de enfraquecimento psíquico, desorientação cronológica e comprometimento da memória, sobretudo da de fixação, faculdade psíquica imprescindível para que um homem possa zelar convenientemente dos seus bens.

Isso pôsto:

1) Considerando a idade avançada do paciente e a impossibilidade de readquirir a sua integridade psíquica, cuja deficiência se subordina a uma usura fisiológica, a uma esclerose cerebral, portanto a um processo orgânico;

2) Considerando a tendência das faculdades psíquicas se enfraquecerem rápida e progressivamente, dada a sua idade avançada, acarretando um deficit mental cada vez maior;

3) Considerando não lhe ser mais possível prestar esclarecimentos precisos sôbre os seus bens e sôbre o andamento dos seus negócios.

Os peritos, embora reconhecendo não ser o Barão do A... um alienado, são forçados a considerá-lo incapaz para administrar os seus bens e o fazem no desempenho de sua espinhosa missão, com o intuito de salvaguardarem os interêsses do paciente, que não tem descendentes diretos.

* * *

QUESITOS

RESPOSTA AOS QUESITOS APRESENTADOS PELO M. JUIZ DE DIREITO DA 2.ª VARA DE ÓRFÃOS E AUSENTES — DR. EDGARD DE TOLEDO MALTA.

1.º) P. – Qual o estado geral de saúde do interditando?
R. – O estado geral de saúde do interditando é, tendo-se em vista a sua avançada idade, relativamente bom.

2.º) P. – Qual o seu estado em relação às suas faculdades mentais?
R. – O de um velho, com 83 anos, em estado de involução senil, com certo grau de enfraquecimento psíquico e sério comprometimento da memória, sobretudo da de fixação.

3.º) P. – A moléstia é suscetível de cura? Em quanto tempo?
R. – Ao 1.º item — Não. "Senectus est morbus" e o emprêgo dos processos de rejuvenescimento no homem são, por enquanto, desanimadores. Ao 2.º item — O tempo só lhe é desfavorável, pois o seu mal é a velhice.

4.º) P. – Precisa o interditando ser internado em estabelecimento adequado ao seu tratamento?
R. – Não precisa.

5.º) P. – Nesse estado pode o interditando reger a sua pessoa e administrar os seus bens?
R. – Por enquanto ainda pode reger sua pessoa, auxiliado por outrem que o acompanhe e o ampare, suprindo as deficiências da visão, do ouvido, da fôrça muscular e do equilíbrio. Não pode, entretanto, dado o enfraquecimento psíquico, a amnésia de fixação e a desorientação cronológica, administrar os seus bens.

RESPOSTA AOS QUESITOS DO CURADOR PROVISÓRIO DR. EUCHARIO REBOUÇAS DE CARVALHO, DE ACÔRDO COM OS QUAIS SE MANIFESTOU O ADVOGADO DO PACIENTE — DR. FRANCISCO EUGENIO DO AMARAL.

1.º) P. – F. E. A. (Barão do A...) apresenta sinais de demência senil?
R. – Não se encontra ainda em franca demência senil. Mas está na fase predemencial ou de involução senil.

2.º) P. – No caso afirmativo do 1.º quesito, quais sejam?
R. – Enfraquecimento psíquico. Amnésia de fixação. Desorientação cronológica. Morosidade na associação ideativa. Certo grau de puerilismo mental senil.

3.º) P. – No caso afirmativo do 1.º quesito, desde que tempo data êsse estado?
R. – Não podem os peritos avaliar exatamente, mas dado que a involução senil se processa lenta e insidiosamente, é de se supor tais sintomas datarem já de alguns anos, agravando-se progressivamente.

4.º) P. – Qual o seu estado somático, relativamente à sua idade, sob o ponto de vista médico-legal?

R. – O de um velho, em estado de involução senil, com deficiência visual e auditiva, fraqueza muscular, artério-esclerose e pequena insuficiência cardíaca.

5.º) P. – O estado em que se acha o paciente o torna incapaz para reger a sua pessoa e bens?

R. – Pode ainda reger a sua pessoa, mas não os seus bens.

* * *

COMENTÁRIOS. — Êste caso é sobremodo elucidativo e vem demonstrar, mais uma vez, a impropriedade da expressão — loucos de todo o gênero — como já o fez cabalmente, no seu bem elaborado trabalho "Loucos de todo o gênero — Critério da incapacidade mental no Direito Civil", o Dr. RAUL DE CAMARGO, 2.º Curador de Órfãos no Distrito Federal.

Os psiquiatras brasileiros, na sua unanimidade, consultados pelo eminente jurista autor do referido trabalho, foram concordes em julgar imprópria aquela expressão, reconhecendo existirem pessoas que, não sendo pròpriamente loucas, são contudo incapazes para os átos da vida civil.

Tal ocorre, sobretudo, como demonstrou o caso da velha Bárbara de Jesus, que deu motivo ao magnífico trabalho do Dr. RAUL DE CAMARGO, nas interdições por senilidade.

Carradas de razões assistem ao douto magistrado 2.º Curador de Órfãos no Distrito Federal, quando diz "E' cruel e deshumano, além de ser contrário aos interêsses da ordem social, afogar nas trevas da privação absoluta de direitos uma mentalidade apenas lèvemente ensombrada".

Mas, se de um lado a interdição é penosa, por outro é o único meio, entre nós, de se acautelarem os interêsses patrimoniais de alguém que, por enfraquecimento psíquico decorrente da senilidade ou de outra causa, esteja impossibilitado de exercer pessoalmente os átos da vida civil.

Tivéssemos o conselho judicial, a semi-interdição do direito francês e não seria necessário recorrer-se, em tais casos, à medida extrema da interdição. No caso em questão só nos resta, porém, embora lastimando sinceramente não existir outra solução, opinar pela incapacidade.

Entre o estado dito fisiológico e o patológico da velhice há um intermediário, denominado mixto por LEGRAND DU SAULLE, que o descreveu de forma magistral: —"Entre l'état physiologique que je viens d'esquisser rapidement et l'état pathologique que je vais bientôt décrire, s'interpose, selon moi, un état mental particulier qui n'est plus la santé et qui n'est pas encore tout à fait la maladie: je veux parler de l'abaissement du niveau intellectuel.

Sans être parvenus à cette extrême limite qui sépare la vie de la tombe, certains vieillards sont prématurément épuisés par le travail, le plaisir ou l'adversité. Leur corps fléchit, leur esprit s'affaisse. En les observant avec soin et en causant longuement avec eux, voici ce que l'on remarque: ils ont un cercle d'idées moins étendu, réponsent toutes les innovations, oublient les choses présents et s'expriment d'une façon longue, diffuse, obscure, parfois même contradictoire; ils racontent très frequemment les mêmes histoires, insistent sur les mêmes détails, et, en un mot, ils rabâchent.

Leur caractère est modifié, leur volonté est moins ferme, leur parole est lente, monotone, mais non embarassée, et leur écriture est normale quoique légèrement tremblé. Devenus plus faciles à gouverner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables, ils n'ont plus d'entrain, travaillent difficilement et se fatiguent vite.

Conservent leur ancien genre de vie, continuant leurs mêmes occupations, ils vont et viennent comme par le passé ; mais si l'on compare ces individus à ce qu'ils étaient autrefois, on note un affaiblissement sensible et l'on dit d'eux qu'ils ont vieilli, qu'ils ont baissé. *Claudicat ingenium,* a dit LUCRECE.

Ces vieillards ne jouissent plus de la parfaite intégrité de leur entendement et ils ne sont pas frappés cependant de démence senile. Voilà ce que j'appelle l'état mixte".

No limiar dêsse estado mixto, já começando a ingressar no período patológico, se encontra o Barão do A..., como ficou patente pelo exame sômato-psíquico nele procedido.

Tal é o nosso parecer.

* * *

E' preciso notar, entretanto, como assinala com muita razão FRANCO DA ROCHA, ser imprescindível agir com muita cautela antes de se opinar pela interdição dos velhos, por isso que, muitas vêzes, um estado tóxico passageiro, um traumatismo, uma comoção moral, podem provocar desordem mental fugaz, que se desvanece em pouco tempo.

Eis um caso narrado pelo citado professor :

CASO N.º 17 — *Distúrbios psíquicos deflagrados num velho de 72 anos, após queda de um cavalo. Parecer contrário à interdição. Regressão rápida de todos os sintomas.*

I. A., alemão, 72 anos, casado, industrial abastado.

Em passeio a cavalo dera uma quéda em 1901. Logo após a quéda, que foi forte, e em que bateu com a cabeça no chão, levantou-se aturdido e foi levado para a sua casa por um camarada que o acompanhava. A princípio só o incomodavam as dores do corpo ; dias depois começou, porém, a brotar-lhe pelo corpo uma série de furúnculos, seguida logo de um antraz na face posterior do pescoço. Por essa mesma ocasião também se começou a notar séria mudança no caráter do doente : — mau humor, falhas de memória, insônia durante a noite, sonolência durante o dia, cochilando às vêzes em meio da conversa com pessoas que o iam visitar. A língua lhe era saburrosa, não se alimentava bem, e à noite chegou muita vez a urinar na cama, quando passava pelo sono. Chorava ou se irritava por qualquer motivo fútil. Tais fátos se foram acentuando a ponto de conversar depois, com visitas perto da espôsa e dizer "a minha mulher . . .", pondo-se logo a chorar. Andava de um lado para outro, sem nada fazer, e desconhecia a miudo as pessoas que lhe eram perfeitamente conhecidas. A memória dos fátos recentes lhe estava completamente aniquilada, pois cinco minutos depois de qualquer fáto ou qualquer cousa que fizesse, já de tais cousas se não lembrava. Quando, um ou dois meses depois de iniciados êsses fenômenos, o vimos pela primeira vez, era êle incapaz de contar dinheiro. Tentámos repetidamente fazê-lo contar cem mil réis (100$000) em seis notas — uma de 50, uma de 20, duas de 10 e duas de 5. Foi em vão. Desorientado no espaço e no tempo, incapaz de qualquer trabalho de síntese mental, e com a memória esfacelada ; agitado às vêzes, e outras vêzes sonolento e alheio ao que se lhe passava ao redor ; irritadiço e a desconhecer pessoas de sua intimidade, era êsse o seu estado aos 72 anos de idade, com artério-esclerose bem patente, — estado, portanto, que impunha ao médico um prognóstico gravíssimo.

Acresce que I. A., durante a sua vida abusou de bebidas alcoólicas, embora pouco antes da enfermidade já não fizesse mais uso delas.

Consultado pela família sôbre a necessidade de interdição, respondemos, já escarmentados por dois outros casos análogos, que esperassem ainda um ou dois meses antes de tomar resolução tão melindrosa.

Medicado simplesmente com iodeto e arseniato de sódio. No fim de três meses já não era mais o homem que acima ficou descrito : — voltára-lhe a memória ; o sono se lhe regularizou ; alimentava-se bem e começou a cuidar de si e de seus negócios ; mudou de casa por iniciativa própria, porque embora estimasse o filho, em cuja casa se achava, não tinha o hábito de morar em casa alheia.

E a sua inteligência, que parecia em desmoronamento irremediável, voltava agora a se reconstituir peça por peça, com pasmo de todos que antes o tinham visto, inclusive o médico. Faleceu-lhe a espôsa um mês depois dêstes fátos, e isso lhe produziu grande abalo moral, dentro porém dos limites naturais. Viveu em pleno gôzo de suas faculdades, tendo reassumido a direção de seus negócios, só vindo a falecer tempos depois, em consequência de uma pneumonia grave, da qual não pôde convalescer.

PSICOSES POR LESÕES CEREBRAIS E DEMÊNCIAS TERMINAIS

1. Psicopatias por lesão vascular. — 2. Sífilis cerebral. — 3. Artério-esclerose cerebral. — 4. Tumores e abcessos cerebrais. — 5. Cistos parasitários. Cisticercose cerebral. — 6. Esclerose por placas. — 7. Coréia de Huntington. — 8. Encefalite epidêmica. — 9. Psicoses traumáticas. — 10. Aplicações médico-legais.

1. Psicopatias por lesão vascular. — Vários processos vasculares podem acarretar o bloqueio da circulação num determinado território cerebral. As células nervosas, privadas do seu principal alimento, — o oxigênio, — dão logo demonstração de estar comprometidas e, conforme a zona afetada e a gravidade da lesão, vamos observar os mais variados quadros neuro-psíquicos.

Certos processos crônicos, quando localizados na parede interna de uma artéria, vão, gradativamente, obliterando a luz do vaso, até provocarem a sua completa obstrução (trombose). Isso ocorre, com muita frequência, nos casos de sífilis e de artério-esclerose cerebral.

Em certas doenças do aparelho circulatório, *verbi gratia* nas endocardites, se desprendem pequenos coágulos que, lançados na corrente sanguínea, se detêm num pequeno vaso cerebral, privando o território, por êste irrigado, de circulação.

Certos agentes infecciosos, sobretudo a sífilis, enfraquecem a resistência das paredes arteriais e, si há concomitância de hipertensão, verificam-se rupturas seguidas de derrame sanguíneo, que não raro deixam sequelas psíquicas.

Por fim, as infecções agudas, sobretudo as supurativas, provocam obstruções dos seios venosos e das veias cerebrais, com sintomas neuro-psíquicos subsequentes.

A sintomatologia de todos êsses processos é polimorfa. Em regra se observam síndromos confusionais, seguidos de desorientação e sintomas focais — hemiplegias, monoplegias, agnosia, afasia, agrafia, apraxia, etc.

Os casos de depressão melancólica inerentes às desordens circulatórias do cérebro não são excepcionais, caracterizando-se sobretudo por exagerada incontinência emocional.

Quando as lesões são mui extensas, há obtusão mental completa, crises convulsivas, apoucamento mental rápido e progressivo.

Fig. 27 — Paralisia facial. Caso de sifilis cerebral

(Observação do autor)

As desordens da memória de fixação são comumente seguidas de desorientação no tempo e lugar, indiferença, puerilidade e excitação psicomotora desordenada.

Têm sido descritos quadros paranoides, com idéias persecutórias, de ruina, de ciume, consequentes a amolecimentos cerebrais.

2. ***Sífilis cerebral.*** — A sífilis pode comprometer a integridade psíquica localizando-se nas meninges (meningite sifilítica), nos vasos (endarterite sifilítica), comprimindo os centros nervosos (gomas sifilíticas) e, finalmente, invadindo os tecidos nervosos (paralisia geral).

Conforme o mecanismo e de acôrdo com a localização das lesões, a virulência da infecção e a resistência do indivíduo, varia a sintomatologia neurológica e psíquica.

Têm-se visto síndromos psiquiátricos os mais diversos: excitação, depressão, confusão e decadência mental, determinados pela sífilis.

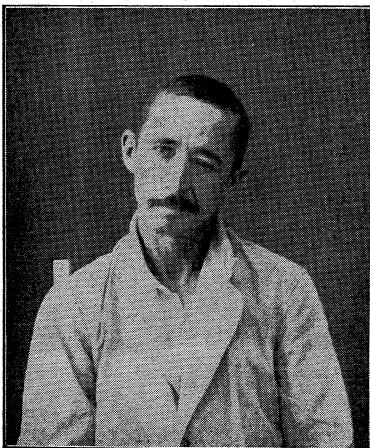
Ao lado dos sinais neurológicos — síndromos compressivos, cefaléia, estados vertiginosos, paralisias de um ou mais nervos craneanos, acessos apopléticos, crises epileptiformes, se nos deparam alucinações auditivas, idéias delirantes, em particular de perseguição e hipocondríacas.

O exame de sangue, e sobretudo o do *liquor*, permite distinguirem-se as diversas formas da lues cerebral das demais modalidades nosológicas.

Quanto à paralisia geral, pela sua importância, vai exposta à parte.

3. ***Artério-esclerose cerebral.*** — Antigamente eram os distúrbios psíquicos consequentes à artério-esclerose descritos juntamente com as formas de involução senil. Só após os estudos anátomo-patológicos empreendidos por LANCEREAU, RÉGIS, LERI, ALZHEIMER, FISHER e tantos outros é que se passou a considerar a artério-esclerose cerebral em grupo separado.

As formas psíquicas ligadas à artério-esclerose se desencadeiam habitualmente entre 50 – 60 anos, podendo, entretanto, em casos excepcionais, surgir em idade menos avançada. Ao lado do fator consti-

tucional, pois que há famílias que manifestam evidente propensão para a artério-esclerose precoce, os fatores infecciosos — sífilis, tuberculose ; as intoxicações — alcoolismo, tabagismo ; a vida desregrada ; as emoções depressivas repetidas concorrem, sem dúvida alguma, para acelerar a instalação dos processos de esclerose dos vasos cerebrais.

Os intelectuais, os artistas, os financistas, obrigados a uma vida de cerebração intensa, são mais expostos às formas cerebrais do que os trabalhadores braçais, nos quais a artério-esclerose se localiza, de preferência, nos membros.

Na artério-esclerose cerebral as artérias temporais se apresentam salientes, serpiginosas e endurecidas (sinal da temporal). Os doentes se queixam de cafaléia, estado vertiginoso, calor intenso no segmento cefálico em virtude da estase venosa.

Quando a hipertensão arterial aumenta, há com relativa frequência hemorragias cerebrais. Si a ruptura se dá nos grandes troncos, surgem hemiplegias, afasias, etc. Si são atingidos pequenos vasos, o paciente apresenta paresias fugazes, distúrbios da sensibilidade, disartrias transitórias, ataques epileptiformes, etc.

Para o lado psíquico nota-se sensível afrouxamento da atividade intelectual, diminuição da memória, maximé da de fixação. O doente na fase incipiente da moléstia, conciente do seu estado, cai em depressão, manifesta idéias de suicídio, não sendo poucos os que tentam contra a própria vida. O apoucamento mental progride rapidamente, sobretudo após a incidência de insultos apopléticos, notando-se então grande apatia, inatividade, abulia e perda completa de toda e qualquer iniciativa.

Muitas vêzes a sintomatologia da artério-esclerose cerebral e da demência senil se complicam de tal forma que se torna impossível estabelecer-se distinção entre elas.

Kraepelin distinguia as seguintes formas clínicas inerentes à artério-esclerose cerebral : *a*) enfraquecimento mental artério-esclerótico ; *b*) apoucamento mental ; *c*) estados depressivos ; *d*) estados de excitação ; *e*) decadência psíquica post-apoplética ; *f*) epilepsia tardia.

O prognóstico dessas diversas formas clínicas é reservado, porquanto a sua evolução é sempre progressiva, muito embora se possam verificar fases estacionárias e até regressão periódica de certos sintomas.

Importa estabelecer-se, em certos casos, o diagnóstico diferencial da artério-esclerose cerebral com a demência paralítica e a demência senil. No tocante à primeira, os exames de laboratório facilitam a distinção ; com relação à segunda, os fenômenos de localização, frequentes na artério-esclerose, auxiliam a diferenciação.

O tratamento das formas da artério-esclerose cerebral, além do preventivo, que consiste em se afastarem os fatores já apontados, susceptíveis de auxiliar a sua instalação, resume-se ao repouso, regimes, higiene física e mental, iodados, nitritos, hormônios e vitaminas.

*4. **Tumores e abcessos cerebrais.*** — Toda vez que há hipertensão cerebral provocada pelo desenvolvimento de uma neoformação endocraneana, nota-se o aparecimento de fenômenos gerais de compressão cerebral — cefaléia, vômitos ou estado nauseoso, nistágmo e estase papilar. Ao demais, há a se assinalarem manifestações confusionais, torpor, sonolência ou sono profundo, delírio onírico, etc.

São diversas as modalidades psiquiátricas ligadas aos tumores cerebrais — confusão crônica e formas demenciais, estados melancólicos e depressivos, psicoses alucinatórias, pseudo-paralisia geral, etc.

BARUK descreveu diversos transtornos psíquicos, conforme as localizações do processo neoplásico.

Quando o tumor tem por séde o lobo frontal é de regra se consignarem : enfraquecimento mental progressivo, perda do juízo crítico, tendência ao humorismo, à jocosidade (moria) e desorientação espacial.

Nos tumores do corpo caloso aparecem os síndromos demenciais, os pseudo-bulbares e os fenômenos apráxicos.

Si localizados na base, os tumores cerebrais determinam : desordens do sono, síndromos infundibulares com perturbações dos centros psico-reguladores.

Os tumores das regiões temporais, parietais e occipitais provocam alucinações visuais, auditivas, desordens da linguagem, idéias delirantes polimorfas, de acôrdo com a séde dos centros sensoriais atingidos.

Vê-se, assim, que não há um quadro psíquico peculiar aos tumores cerebrais.

Os abcessos cerebrais provocam sintomatologia semelhante à dos tumores cerebrais, mas têm evolução mais aguda e na maioria das vêzes se acompanham de fenômenos infecciosos — febre, etc., e se prendem a afecções das regiões vizinhas : otites, mastoidites, sinusites, etc.

O diagnóstico dos tumores cerebrais está hoje grandemente facilitado pela radiografia simples, pela ventrículo e pela arteriografia.

O tratamento, quando a radioterapia profunda não age eficazmente, cinge-se à cirurgia.

*5. **Cistos parasitários. Cisticercose cerebral.*** — Entre as afecções parasitárias, a cisticercose cerebral é a mais frequente em nosso meio. Em 500 necrópsias por nós realizadas no Hospital de Juquerí encontrámos a presença de cisticercos no cérebro de 4% dos casos estudados.

O cisticerco celuloso é a forma larvar da tænia solium e se encontra em grande quantidade nos músculos do porco, que é o hospe-

deiro intermediário. Os ovos de tænia ingeridos juntamente com os legumes crús, ou levados à boca pelas mãos sujas, atingem o estômago, invadem o organismo, localizando-se preferentemente nos centros nervosos, no ôlho e nos anexos, na pele e nos músculos.

Localizados no cérebro, os cisticercos, em regra muito numerosos, vão determinar crises convulsivas típicas da epilepsia.

Entre as desordens psíquicas encontradas em doentes recolhidos ao Hospital de Juquerí, notámos sobretudo síndromos paralíticos, confusionais e alucinatórios.

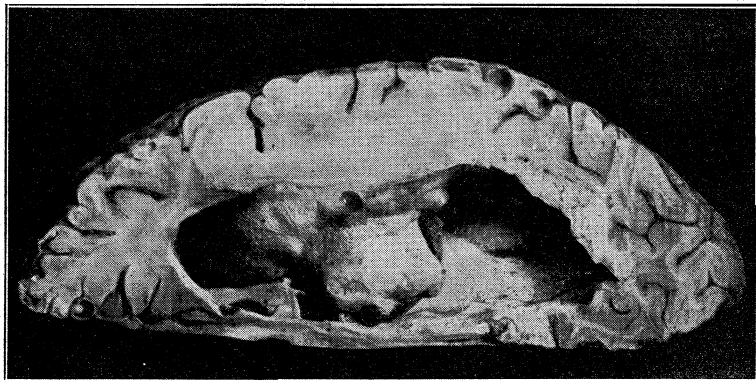



Fig. 28 — Cisticercose cerebral. Cistos no interior dos ventrículos e na cortiça cerebral

(Observação do autor)

Quando houver suspeita de cisticercose cerebral, a presença de cistos sub-cutâneos, as reações específicas no líquido céfalo-raqueano, a eosinofilia sanguínea, a intradermo-reação e a radiografia do crâneo são recursos de grande valia para a diagnose.

No tratamento da cisticercose costuma-se recorrer ao feto macho, à radioterapia profunda e à cirurgia, a esta quando houver sinais precisos de localização (forma racimosa).

6. ***Esclerose por placas.*** — A esclerose por placas é uma afecção orgânica do sistema nervoso, caracterizada pelo desenvolvimento de núcleos de esclerose disseminados na medula espinal e no encéfalo.

Quando a medula é mais afetada, os sintomas são predominantemente neurológicos — distúrbios da marcha, vivacidade dos reflexos tendinosos, fraqueza muscular, rigidez das pernas, nistágmo, tremores intencionais, ausência dos reflexos cutâneos do abdome. No caso de ser também o cérebro atingido, ao lado dêsses sintomas irrompem desordens mentais — distúrbios da esfera afetiva, acessos epiléticos

com concomitantes psíquicos, delírios sem sistematização, desordens da atenção, da memória, da associação ideativa.

A maioria dos investigadores acredita ser o agente da esclerose por placas um virus específico, provavelmente um espiroqueta.

7. ***Coréia de Huntington.*** — Do grupo confuso das coréias foram se destacando numerosas formas clínicas, entre as quais se salienta, como entidade clínica bem individualizada, a modalidade descrita pela primeira vez por HUNTINGTON.

Trata-se de uma afecção hereditária do sistema nervoso, que se transmite diretamente de pais a filhos, isto é, de uma doença mendeliana de decurso dominante.

Muito embora a sintomatologia da coréia de HUNTINGTON seja representada por movimentos involuntários, os transtornos psíquicos quasi nunca deixam de existir, como assinalava KRAEPELIN.

As desordens psíquicas são mui variáveis, registrando-se transtornos da afetividade, da memória, da inteligência, dos sentimentos éticos, perversões sexuais, decadência mental progressiva e estado demencial. A tendência suicida é revelada por muitos pacientes portadores dessa afecção, que é provocada pela esclerose dos núcleos da base do cérebro.

8. ***Encefalite epidêmica.*** — E' a encefalite epidêmica uma doença infecciosa que atinge o cérebro médio, deixando, após a fase aguda, sequelas neurológicas — síndromo parquinsoniano, espasmo de torsão — e psíquicas — síndromos hiperemotivo, mitomaníaco, esquizofrênico, paranoide e perverso. Êste último é sobremodo frequente na criança e tem incontestável importância sob o aspecto médico-legal.

As crianças portadoras do síndromo perverso post-encefalítico são mendazes, desobedientes, amorais, revelando inúmeras falhas no caráter, razão por que praticam furtos, são afeitas às perversões sexuais, denotando sexualidade precoce e mórbida. Os pais não as podem suportar, são elas expulsas das escolas pelas malfeitorias que praticam, constituindo um péssimo elemento sob todos os pontos de vista.

Tais quadros são também denominados formas mentais da criança e do adolescente e foram bem estudados, no nosso meio, pelo Dr. SÍLVIO RIBEIRO DE SOUZA.

9. ***Psicoses traumáticas.*** — Os traumatismos craneanos trazem acidentes precoces — confusão mental astênica, episódios oníricos, estados de excitação psico-motora desordenada.

As sequelas tardias são múltiplas, destacando-se a neurastenia, a epilepsia e o enfraquecimento mental post-traumáticos.

Estudo minucioso de todas essas formas se encontra no capítulo relativo aos acidentes do trabalho e as desordens mentais que lhes são próprias.

10. Aplicações médico-legais. — Os doentes portadores de lesões cerebrais e os pacientes em estado de demência terminal, dada a decadência psíquica acentuada que apresentam, podem incidir em práticas delituosas. Citam-se, entre as mais frequentes, os atentados ao pudor, os homicídios por imprudência, os incêndios ateados involuntariamente, a vadiagem e os roubos cometidos às escâncaras.

No que respeita à capacidade civil, há casos em que os doentes portadores de distúrbios psíquicos por lesões cerebrais podem dar margem a perícias contraditórias, sobretudo quando se trata de justiprecisar a época exata em que cessou a capacidade civil.

Os casos mais frequentes são os de alterações cerebrais após ictus apopléticos. FRANCO DA ROCHA insistia na necessidade de se não estabelecer prognóstico muito sombrio em tais casos, pois há muitos em que os distúrbios psíquicos se desvanecem e se consigna o restabelecimento da integridade psíquica, a ponto de permitir o exercício da capacidade civil.

A tal propósito, narra o seguinte caso :

CASO N.º 18. — *Artério-esclerose cerebral. Ictus. Restabelecimento da capacidade civil.*

M. L., 74 anos de idade, casado em segundo matrimônio, branco, brasileiro, comerciante. Homem de costumes severos, não abusava de bebidas alcoólicas. Nessa idade (faz atualmente 5 anos) teve um breve ictus apopletiforme, de que se saiu apenas com passageira e superficial dislalia reveladora de artério-esclerose — também já bem patente por sinais físicos.

Depois disso começou-se a notar nele decadência intelectual e progressiva de dia para dia. A memória dos fátos recentes claudicava de modo grosseiro ; a irritabilidade por motivos fúteis também aumentava a olhos vistos. Outro fáto anormal era o ciume descabido, um verdadeiro tormento para a espôsa, senhora respeitável e já de certa idade. Em suma, poucos meses depois dêsses fátos M. L. já não era mais homem que se tolerasse no seio da família : — irritável, autoritário, língua saburrosa, insônia rebelde, cochilava de noite e às vêzes durante o dia ; negava-se a tomar remédios, sempre em mau estado psíquico geral, desconhecia pessoas que lhe eram familiares ; passeava pela casa sem objetivo algum, ameaçando pessoas da família e interpretando tudo falsamente ; voltava de preferência a sua irritabilidade contra a espôsa — tornando-se de tal arte incompatível com a vida em família, pois cansava a todos, os quais já não sabiam mais o que fazer.

Foram essas as condições em que fomos chamados para aconselhar a família.

Tendo julgado o caso como de mui sério prognóstico, aconselhámos não só interdição, afim de que os seus negócios nada sofressem, como também a reclusão em casa apropriada ao tratamento.

Como se tratasse de um artério-esclerótico de 74 anos, cujo irmão falecera de amolecimento cerebral, com aquele cortêjo sintomático em que se destacava o aniquilamento da memória, precedido de um ictus apoplético, achámos que o prognóstico era o mais sério possível e foi êsse o juizo que externámos, a-pesar-de aceitar a incumbência de tratá-lo como médico assistente. Era simplesmente o cumprimento do nosso dever.

Sujeitámo-lo durante três meses ao tratamento simples de iodeto e arseniato de sódio. Devagarinho foi-se-lhe então apagando a côr negra daquele mórbido cenário, côr que foi cedendo o seu lugar a um estado mental normal. Com mui justa admiração não só de nossa parte como da parte dos que o tinham visto antes — no fim de três meses M. L. exigia a sua alta, e o fazia — raciocinando naturalmente. Restabeleceu-se-lhe a memória ; a insônia, a excitação, as interpretações falsas, o mau estado geral, tudo lhe desapareceu, e a família, depois, até informou que a memória se lhe havia tornado melhor do que antes da doença. Reassumiu, pois, a gerência de sua pessoa e de seus bens, e si não cuida diretamente dos negócios, a outros disso encarrega, — tudo, porém, sob a sua inteira responsabilidade. Há 5 anos que assim continua.

Entretanto, tais casos constituem exceção, pois que, habitualmente, o enfraquecimento psíquico, depois de instalado, não mais regride e não permite ao doente recuperar a sua capacidade civil.

CASO N.º 19. — *Demência psíquica após um ictus, seguido de hemiplegia. Incapacidade para testar. Consulta.*

Eu, abaixo assinado, Dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva, professor catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, etc., etc., recebi do Dr. Brenno Vianna, dd. advogado em São Paulo, uma consulta redigida nos seguintes têrmos :

"A., senhora de cêrca de 70 anos, foi acometida de um *ictus*, em agôsto de 1934. Requerida a sua interdição, em agôsto de 1936, o exame médico-legal, a que a mesma se submeteu, ainda revelava "a existência de *reliquats* orgânicos". Mais ainda : puderam os peritos, ainda por essa época, descobrir "sinais de hemiplegia e comprometimentos orgânicos e psíquicos". Em 1928, fizera a mesma senhora um testamento mais ou menos em têrmos idênticos aos que, nessa ocasião, serviram para o testamento de seu marido. Êste já havia falecido, por ocasião do *ictus* de agôsto de 1934. Entre esta data, porém, e a interdição, em janeiro de 1935, anulou A. o seu precedente testamento por outro, no qual se consignaram incorreções, quanto ao estado civil de alguns dos filhos e se dispensaram as colações a que êstes estavam obrigados, em prejuízo de alguns herdeiros. Há suspeitas de que êsse testamento tenha sido feito sob pressão de um interessado, de quem se descobriu, escrita de seu punho, a minuta junta por cópia, minuta essa que é, em têrmos gerais, o que se contém no segundo testamento. Além de tudo, um mês e pouco depois da feitura dêsse testamento escrevia a testadora a um filho a carta apresentada como doc. n.º 5, na qual se revela receiosa de haver assinado, em sua inconciência, algum documento, que a alguém prejudicasse, dizendo ser sua vontade prevalecessem apenas "os têrmos do documento lacrado feito em vida por seu pai".

Após meticuloso exame do texto da consulta e dos documentos que lhe estão apensos, os quais foram por mim rubricados, passo a responder aos quesitos formulados pelo advogado já mencionado :

1.º) P. – O minucioso parecer médico-legal, proferido pelos médicos nomeados para examinar a paciente, no processo de interdição, não demonstra, pelos sinais encontrados na mesma, que o estado de saúde de A. derivava de males antigos, que poderiam estender-se até agôsto de 1934, quando se verificou o *ictus* aludido?

R. – Pela leitura do parecer médico-legal apresentado pelos peritos que funcionaram no processo de interdição conclue-se que os distúrbios neuro-psíquicos manifestados pela paciente naquela época se filiavam ao ictus pela mesma sofrido anteriormente, em agôsto de 1934.

2.º) P. – O enfraquecimento mental de A. teria surgido apenas na época da interdição?

R. – Não é provável, pois que, em regra, o enfraquecimento psíquico post-apoplético, embora com tendência a melhorar, na maioria dos casos, com o correr dos tempos, é de caráter duradouro e, sendo assim, não teria fase efêmera, coincidindo apenas com a época da interdição.

3.º) P. – Em consequência das condições patológicas de A., não seria esta fàcilmente sugestionável, cedendo a pressão sôbre ela exercida, para praticar áto que não fosse manifestação de sua vontade?

R. – Uma pessoa, apresentando os distúrbios psíquicos assinalados pelos peritos no exame a que procederam, comprometendo a esfera da vontade, como se deduz do seguinte trecho do relatório médico-legal "Todos êsses fátos traduzem falhas graves no juízo crítico, dismnésia, desequilíbrio e perversão afetiva, comprometimento da vontade, elementos que, reunidos, denunciam uma desnutrição cerebral ocasionada pela esclerose das arteríolas encefálicas", torna-se evidentemente sugestionável. A captação, em tais casos, é fácil e o doente pode ser levado a realizar átos que não praticaria si estivesse de inteira posse da sua vontade.

4.º) P. – O estado da paciente impossibilitava-a de ter momentos lúcidos e, em tais condições, escrever a carta junta como doc. n.º 5?

R. – A paciente, portadora que era de transtornos mentais post-apopléticos, não podia apresentar intervalos lúcidos na expressão exata da palavra. Contudo, não é impossível que tivesse acusado melhoras no estado mental com conciência relativa de seu estado, que lhe permitissem escrever a carta junta como documento n.º 5, datada a 20 de fevereiro de 1935.

Eis como Dupré se refere à evolução de tais casos, no "Tratado de Patologia Mental", publicado sob a direção de G. Ballet (pág. 1065): "Sorti du coma apoplectique ou remis de l'ictus initial, le malade récupère successivement les functions momentanément suspendus, d'abord dans la domaine de la sensibilité, puis dans celui de la motilité, enfin dans celui des functions psychiques inférieures et supérieures. Dans la sphère motrice, le rétablissement fonctionnel est manifestement incomplet, puisque le malade reste hémiplégique ou monoplégique, avec ou sans aphasie ou dysarthrie; dans la sphère mentale, au contraire, au moins dans les cas légers et moyens, le malade semble souvant, à un examen superficiel, récupérer l'integrité de ses fonctions. Cependant, un examen un peu approfondi montre que le rétablissement psychique n'est pas intégral."

5.º) P. – Os elementos oferecidos não são de molde a fazer presumir, por si mesmos, que A., no momento da feitura do segundo testamento, não se achava em condições de concientemente deliberar?

R. – Si os peritos que examinaram a paciente em agôsto de 1936 verificaram que a mesma apresentava naquela época, tão distante do ictus, que teria ocorrido em agôsto de 1934, distúrbios psíquicos que justificavam a sua interdição, é de se presumir que em janeiro de 1935, ou seja apenas cinco meses após o ataque apoplético, não estivesse ela em condições de concientemente deliberar.

Tal é o nosso parecer.

São Paulo, 13 de junho de 1939.

(*a.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva.

PARALISIA GERAL

1. Definição e etiologia. – 2. Período pré-paralítico ou médico-legal. – 3. Sinais somáticos. – 4. Sintomas psíquicos. – 5. Formas simples ou apáticas.– 6. Forma expansiva. – 7. Forma depressiva. – 8. Diagnóstico. – 9. Prognóstico e tratamento. 10. Aplicações médico-legais.

1. *Definição e etiologia.* — A paralisia geral, demência paralítica ou paralisia progressiva, é uma afecção orgânica do sistema nervoso, caracterizada por sintomas físicos e psíquicos, devida à invasão do encéfalo pelo espiroqueta da sífilis.

Descoberta por BAYLE em 1822, muitos anos se passaram para que fosse cabalmente demonstrada a origem sifilítica da demência paralítica. Só com os progressos da medicina, mercê da reação de WASSERMANN no sangue e no líquido céfalo-raqueano, após a introdução das provas biológicas e, finalmente, depois do achado do treponema pallidum no cérebro dos paralíticos gerais, feito por NOGUCHI e MOORE, em 1913, é que ficou perfeitamente esclarecida a origem da doença de BAYLE.

Ao lado da sífilis, outros fatores concorrem para a instalação da doença de que tratamos, entre os quais se destacam inúmeras causas decorrentes da civilização. Dizia, por isso, KRAFFT-EBING: "A paralisia geral = sifilização + civilização".

Surge a doença de BAYLE de preferência na idade madura, conquanto não sejam excepcionais as formas infantís, juvenís, além das senís.

2. *Período pré-paralítico ou médico-legal.* — Frequentemente, muito antes de irromperem os sintomas clássicos da paralisia geral, há profundas mutações no caráter do doente, que revela grande irritabilidade, humor variável, baixa dos sentimentos éticos, com desaparecimento do senso moral, que explicam os átos delituosos. Outras vêzes se aventuram em operações financeiras arrojadas.

A êsse período prodrômico, que marca o início da moléstia, LEGRAND DU SAULLE denominou médico-legal. Nessa fase, que passa frequentemente despercebida, não se suspeita ainda da existência da doença. Só mais tarde, quando a moléstia já se encontra perfeitamente esclarecida é que, por um estudo retrospectivo da vida do paciente, se conclue que os átos inconsiderados por êle anteriormente praticados, em completo

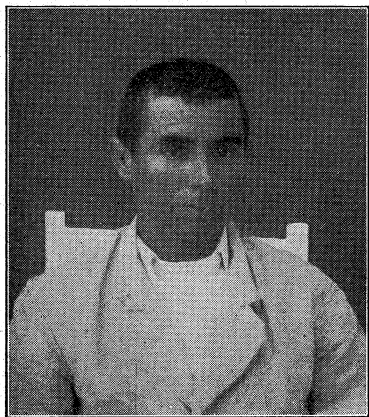



Fig 29 — Paralisia geral. Ictus frequentes. Paralisia facial
(Observação do autor)

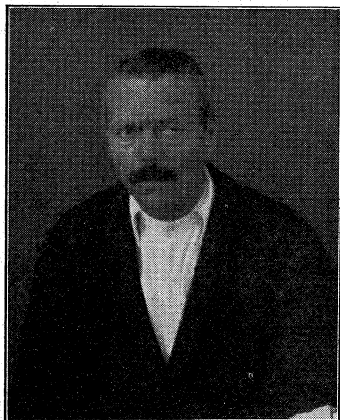



Fig. 30 — Paralisia geral. Forma depressiva
(Observação do autor)

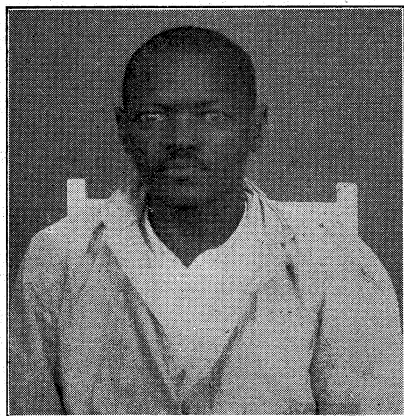



Fig. 31 — Paralisia geral. Olhar penetrante. Leve exoftalmo. Pupilas mióticas
(Observação do autor)

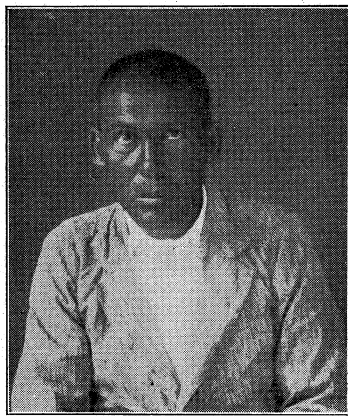



Fig. 32 — Paralisia geral. Forma apática
(Observação do autor)

desacôrdo com o seu habitual proceder, já anunciavam a eclosão do mal.

Fig. 33 — Distúrbios somáticos na paralisia geral. Otohematoma

3. Sinais somáticos. — Destacam-se, no grupo dos sinais somáticos ou físicos, as perturbações da palavra, notadas já pelos psiquiatras antigos, que denominavam sinal fatal o aparecimento da disartria, porquanto a observação demonstrava sobrevir rapidamente a morte, uma vez instalado êsse sintoma num doente mental. A disartria se demonstra, quando não percebida na linguagem corrente, pelo emprêgo das palavras de prova — paralelepípedo, inconstitucionalìssimamente, etc.

As desordens pupilares, sobretudo o chamado sinal de ARGYLL-ROBERTSON, isto é, a abolição do reflexo pupilar à luz, com conservação da acomodação à distância, é de regra. As pupilas se apresentam, com muita frequência, de tamanho desigual, o que se denomina anisocoria.

Outros distúrbios neuro-oculares podem surgir no decurso da doença, desde as paralisias frustras dos músculos motores oculares até a atrofia ótica, com cegueira subsequente.

Os trêmulos dos dedos, da língua, dos lábios, dos músculos da face, em particular dos peri-orbiculares, também fazem parte da sintomatologia clássica.

Fig. 34 — Distúrbios somáticos na paralisia geral. Escaras de decúbito

Os tremores dos dedos se traem na escrita, que, tremida no início da doença, vai-se tornando pouco a pouco ininteligível, não só em virtude do paciente não lograr traçar corretamente os caracteres gráficos, (desordens caligráficas), como porque há numerosas omissões de sílabas, decorrentes do estado mental do paciente (desordens psicográficas).

Com o progredir da moléstia é também o cerebelo atingido, donde a marcha atáxica, os movimentos incoordenados, indecisos e inseguros.

No período de estado a fisionomia do doente se torna inexpressiva, apagada, flácida — facies paralítico.

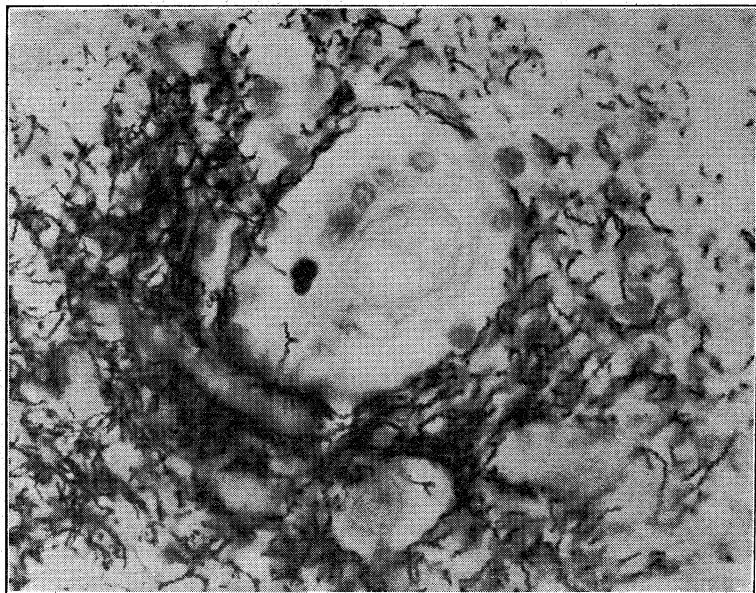



Fig. 35 — Êxodo de espiroquetas fora dos vasos. Caso de paralisia geral
(Preparado do autor)

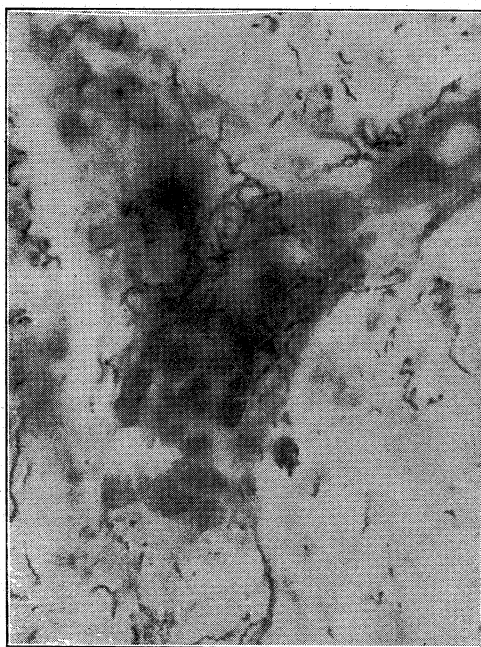



Fig. 36 — Espiroquetas atravessando um vaso no ponto de bifurcação
(Preparado do autor)

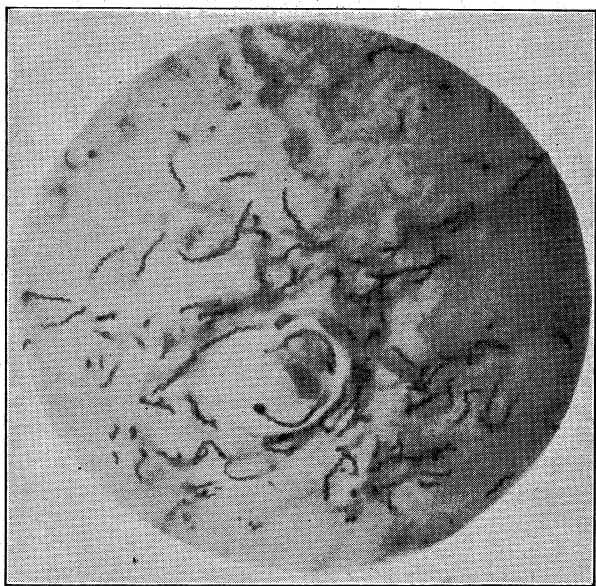



Fig. 37 — Espiroqueta com botão lateral. Forma descrita por Meirowsky
(Preparado do autor)

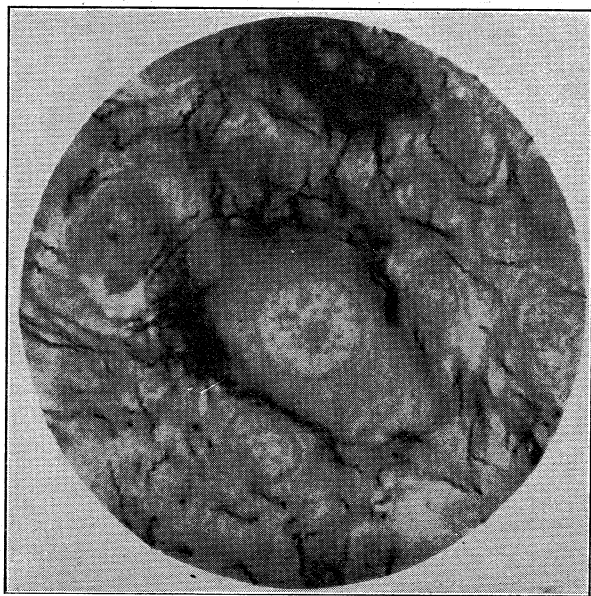



Fig. 38 — Célula nervosa sitiada por espiroquetas
(Preparado do autor)

Os reflexos patelares são em regra vivos, salvo nos casos de tabo-paralisia, isto é, quando há associação da tabes à paralisia geral, nos quais se mostram enfraquecidos, senão abolidos.

Com relativa frequência são os paralíticos gerais acometidos por insultos apopléticos e por crises epileptiformes. Os fenômenos paralíticos e os distúrbios afásicos que se seguem a êsses acidentes são porém de curta duração e se desvanecem com relativa rapidez. O aparecimento de otohematomas não constitue raridade. As desordens tróficas são observadas na fase final da moléstia, sobretudo as escaras de decúbito.

4. ***Sintomas psíquicos.*** — No período de invasão muitos paralíticos dão mostras de grande cansaço cerebral, acusando marcada dificuldade no exercício de qualquer trabalho intelectual. Outros, pelo contrário, permanecem em contínua excitação psico-motora, alegres, satisfeitos, otimistas, afirmando nunca se terem sentido tão bem, com tamanha facilidade na associação das idéias, donde desusado entusiasmo e grande euforia.

Com o progredir da moléstia surgem alucinações e idéias delirantes, variáveis de acôrdo com a forma clínica.

Vai-se operando, ao depois, uma decadência global e progressiva do psiquismo, com falhas graves do juízo crítico, lacunas da memória, mutabilidade frequente de humor, desordens da emotividade.

As idéias delirantes dos paralíticos gerais são em regra absurdas, móveis, contraditórias e incoerentes.

A desagregação psíquica e a instalação do estado demencial são geralmente rápidas, quando não entravadas por um processo terapêutico.

5. ***Forma simples ou apática.*** — A forma simples é incolor e evolue silenciosamente. Há em regra pobreza de distúrbios sensoriais e quasi não se observam idéias delirantes. A moléstia irrompe por manifestações de aspecto psicastênico, notando-se fadiga cerebral rápida e certa depressão. Pouco a pouco, porém, o estado mental vai decaindo, o doente se revela pueril, com preocupações fúteis. Esta forma evolue, muitas vêzes, até a sua fase terminal, sem que, frequentemente, a família se aperceba da grande decadência psíquica que se vai processando, pelo fáto do doente executar, automàticamente, os átos comuns da vida quotidiana.

6. ***Forma expansiva.*** — E' a mais frequente e a mais conhecida dentre as formas da paralisia geral, em virtude das idéias de grandeza que surgem precocemente, constituindo o principal sintoma.

O paralítico geral atacado desta modalidade clínica se revela extremamente eufórico, radiante de alegria : jacta-se da sua extra-

ordinária fôrça física, gaba-se dos seus invulgares dotes intelectuais, afirma ter realizado prodigiosas descobertas. Diz-se rico, poderoso, sábio, imperador, santo, senhor absoluto de todos os mares, dominador da terra e do ar. A megalomania abrange todas as esferas — fôrça física, potência sexual, bens materiais, beleza, saúde, talento, nobreza, filantropia, qualidades geniais, etc.

As idéias megalomaníacas dos paralíticos gerais são absurdas, pueris e ilógicas. Há doentes que se dizem milionários, mas que não vacilam em pedir alguns níqueis para comprarem cigarros.

Quanto maior fôr a cultura do doente, mais nítidas se revelam as idéias de grandeza.

Fig. 39 — Paralisia geral (forma expansiva). Idéias megalomaníacas. Euforia. Jactância.

(Observação do Dr. Julio de Andrade Silva Junior)

7. ***Forma depressiva.*** — Esta modalidade é representada por um quadro francamente melancólico, depressivo, hipocondríaco. O doente, ao invés de acusar idéias de grandeza, revela idéias de ruina, julga-se irremediavelmente perdido, capacitado de que está falido e atacado de mal incurável. Cai em profunda tristeza, recusa-se a aceitar alimentos, denota idéias macabras, julgando-se condenado a sofrer os maiores martírios, razão por que não raro pratica tentativas de suicídio para escapar aos suplícios que lhe estariam reservados.

8. ***Diagnóstico.*** — Nas formas clássicas, a riqueza sintomatológica, tanto física como psíquica, não dá margem a dúvidas ao se precisar o diagnóstico: a disartria, os distúrbios pupilares, os tremores digitais e peri-orbiculares, ao lado dos distúrbios psíquicos, sobretudo quando há idéias megalomaníacas coexistentes, são elementos de grande valia para se firmar um juízo definitivo. Quando surgirem dúvidas, as reações específicas no líquido céfalo-raqueano, isto é, a linfocitose, o aumento da taxa de albumina, a presença das globulinas, as curvas das reações do benjoim e do ouro coloidal, a positividade da reação de WASSERMANN, etc., são de segurança absoluta para se afirmar ou eliminar a hipótese da paralisia geral.

9. Prognóstico e tratamento. — A paralisia geral era, no passado, denominada progressiva, porque a sua evolução era então inexorável, não existindo processo terapêutico capaz de deter a sua marcha. Desde, porém, que WAGNER-JAUREGG introduziu a malarioterapia, o prognóstico se tornou menos infausto. Novos processos piretoterápicos, outros agentes treponemicidas, em particular os arsenicais pentavalentes, como o stovarsol sódico, a triparsamida, contribuem, dia a dia, para modificar o conceito da incurabilidade da paralisia geral, sobretudo nos casos incipientes.

10. Aplicações médico-legais. — Na fase inicial da paralisia geral, antes de ser diagnosticada a moléstia, o doente pode, já impulsionado por idéias megalomaníacas, realizar átos despropositados, fazer despesas exageradas, operações danosas de compra e venda, cuja validade dá depois lugar a discussões.

LEGRAND DU SAULLE propôs a denominação de período médico-legal a essa fase que precede imediatamente a eclosão da moléstia.

Muitos paralíticos são acusados de delitos sexuais, de roubos, injúrias, etc. Os delitos dêsses doentes se caracterizam sobretudo por particularidades que evidenciam acentuada decadência psíquica. Assim, é clássico o caso de certo doente que, tendo roubado uma pipa de vinho, pôs-se a rolá-la pelas ruas da cidade, dirigindo-se a um guarda-civil, a quem relata a sua proeza, pedindo auxílio para o transporte do produto roubado, sob a recompensa de receber parte do vinho.

No que respeita à capacidade civil dos paralíticos gerais, o problema, que não oferecia antigamente maiores dificuldades, se apresenta hoje relativamente complicado e difícil com o advento da malarioterapia.

Realmente, o conceito clássico da incurabilidade da paralisia geral, tida como afecção progressiva, acarretando sempre acentuado grau de deficit mental global, inexorável e irreversível, sofreu radical transformação após a introdução de novos e eficazes métodos terapêuticos.

Num estudo recente, relativo à situação médico-social e médico legal dos paralíticos gerais em remissão, FORTINEAU (Tese de París, 1937), chega às seguintes conclusões :

"Um recuo de 12 anos nos permite atualmente apreciar o valor das terapêuticas modernas e em particular da malarioterapia, que determina diversos graus de melhoras até 41%.

A eficácia do tratamento creou situações médico-sociais e médico-legais que não se desenhavam senão teòricamente nos doentes em remissão espontânea.

Na primeira parte, médico-social, observamos que os doentes em remissão completa podem retomar inteiramente suas ocupações. Uma reserva, entretanto, se impõe durante os primeiros anos, quando o trabalho exige importante responsabilidade ou interessa a segurança pública.

A qualidade das remissões depende em grande parte da terapêutica post-malárica e da ausência do elemento tóxico exógeno.

A regularidade do tratamento nem sempre impede o aparecimento de certos distúrbios psíquicos, que serão menos distúrbios da inteligência que desordens da afetividade (reações depressivas devidas a um sentimento de inferioridade, podendo levar ao suicídio, irritabilidade, disposições reivindicadoras contra a família ou o médico, inadaptação a novas condições sociais). Seria útil aplicarem-se para tais pacientes medidas de assistência que facilitariam o retôrno à atividade profissional.

Sob o ponto de vista médico-legal consignámos a raridade de crimes e de delitos cometidos por paralíticos gerais em remissão.

E' impossível propor-se uma linha de conduta geral. Cada caso exige um estudo especial. Ter-se-ão em conta o áto incriminado, o grau e a duração da remissão. Medida análoga à liberdade vigiada será de se desejar em muitos casos.

A irresponsabilidade penal, não seguida de internamento, será ainda mais nociva, visto acarretar atualmente a irresponsabilidade civil.

Será difícil privarem-se os doentes da sua capacidade civil ; todavia, um processo de interdição poderá ser intentado, em caso de remissão incompleta, tomando por base o exame clínico, o estudo do fundo mental por meio de testes psicológicos e o comportamento social do indivíduo".

Pena é que FORTINEAU não se referisse, nas suas conclusões tão felizes, à importância das reações biológicas no líquido céfalo-raqueano, elemento subsidiário que não é para se desprezar.

CASO N.º 20. — *Paralisia geral — forma expansiva. Parecer emitido para efeito de interdição.*

Os abaixo assinados, Drs. Prof. A. C. Pacheco e Silva e Nelson de Toledo Ferraz, peritos nomeados pelo M. Juiz de Direito da Comarca de Pirassununga para procederem a exame mental na pessoa do Snr. Afonso C. N., presentemente recolhido ao Sanatório Pinel, em Pirituba, depois de submeterem o paciente a rigorosa observação clínica passam a relatar o resultado das suas indagações e a responder aos quesitos que lhes foram apresentados.

QUALIFICAÇÃO. — Afonso C. N., com 39 anos, branco, brasileiro, casado, gráfico, residente em Pirassununga, foi internado no Sanatório Pinel, em Pirituba, a 24 de junho de 1938.

FÁTOS. — O presente exame médico-legal é procedido por determinação do Dr. Waldemar Cesar da Silveira, Juiz de Direito em exercício da Comarca de Pirassununga, atendendo aos têrmos da indicação do Dr. Curador Geral da mesma Comarca, nos autos de curatela do paciente.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA. — a) Exame somático. — Indivíduo de constituição regular, músculos relativamente pouco desenvolvidos e escasso panículo adiposo.

Apresenta normal distribuição pilosa.

Não acusa dores osteócopas, nem apresenta gânglios engurgitados.

Para o lado do aparelho respiratório nada se observa de anormal.

Mau coeficiente dentário, que exigiu aparelho protético. Língua bastante saburrosa. Abdome com paredes normais, não apresentando pontos dolorosos. Fígado indolor à palpação e não ultrapassando os seus limites normais.

Ictus cordis no quinto espaço intercostal esquerdo, sob a linha mamilar. Bulhas cardíacas bem audíveis em todos os focos de ausculta. Refôrço do segundo tom aórtico.

Pulso rápido, de intensidade média, batendo 140 vêzes por minuto.

Pressão arterial : Mx. 12,5 ; Mn. 8.

b) Exame neurológico. — Reflexos superficiais — presentes e normais. Reflexos profundos — presença do sinal de Westphall.

Pupilas em rigidez miótica.

Discreto tremor da língua e das extremidades digitais.

Sensibilidade : Não há distúrbio das sensibilidades cutânea, térmica e tátil. Esbôço do sinal de Romberg.

c) Exame psíquico. — Nas informações prestadas, os parentes não fazem referência a casos de moléstias mentais na família de Afonso C. N. e afirmam ser esta a primeira vez que o paciente apresenta distúrbios psíquicos.

O examinando foi sempre um indivíduo de inteligência normal, de conduta irrepreensível, trabalhador e morigerado, dedicado ao trabalho e abstêmio. Ultimamente, porém, começou a se mostrar sobremodo irritável e a revelar certa decadência no juízo crítico.

Ao ingressar no Sanatório Pinel notámos : excitação psico-motora moderada, euforia, idéias megalomaníacas incoerentes, tolas, absurdas, móveis. Desorientação auto e alo-psíquica. Auto-crítica rebaixada. Insônia agitada. À noite, a excitação do paciente atingia o seu paroxismo. Dizia-se cantor de rádio, passava a noite experimentando a sua voz. Manifestou, por mais de uma vez, extremo cansaço. Dada a aortite que apresenta, o seu estado não deixa de inspirar cuidados, receiando-se um possível colapso cardíaco.

A sintomatologia neuro-psíquica não deixava dúvidas quanto ao diagnóstico de paralisia geral progressiva. Entretanto, solicitámos um exame completo do líquido céfalo-raqueano, cujo resultado veiu confirmar o diagnóstico clínico :

Análises químicas quantitativas : Cloretos — 7,2 grs. 0/00. Glicose — 0,60 grs. 0/00. Proteína total — 0,40 grs. 0/00.

Reação das globulinas	Noguchi	++
	Weichbrodt	++
	Nonne	++
	Pandy	++
	Alcool-test	++
	Ross-Jones	++

Reações coloidais	Benjoim — 22222.22210.00000.0
	Ouro — 666.666.600.00
	Takata-Ara — ++ (fort. positiva)

Reação de WASSERMANN	0,1	++
	0,2	++
	0,3	++
	1,0	++

Exame citológico	Leucócitos por mm3.	27
	Hematias por mm3.	0
	Células por mm3.	3

As condições gerais do paciente não permitiam, entretanto, lhe fosse inoculada desde logo a malária, razão por que só praticámos a inoculação após submetermos o paciente a prévio tratamento reconstituinte. Vimo-nos, todavia, na contingência de interromper os acêssos febrís, em virtude do aparecimento de graves sintomas de insuficiência hepática seguida de intensa icterícia. Presentemente as condições gerais do examinando estão melhoradas, conquanto ainda se apresente bastante emagrecido e levemente ictérico. As perturbações psíquicas já assinaladas não se mostram tão intensas. A excitação psico-motora é mais moderada e as idéias megalomaníacas não são tão absurdas e incoerentes. Entretanto, o paciente ainda não se encontra em condições de ter alta.

Isso pôsto, passamos a responder aos quesitos que nos foram apresentados pela Curadoria Geral da Comarca de Pirassununga :

1.º) P. – Afonso C. N. sofre de alienação mental?
R. – Sim.

2.º) P. – Essa alienação é contínua ou tem intervalos lúcidos?
R. – E' contínua.

3.º) P. – Qual a espécie dessa alienação?
R. – Paralisia geral.

4.º) P. – O examinando está impossibilitado de reger a sua pessoa e administrar os seus bens?
R. – Sim. O examinando, nas condições em que se encontra, não pode reger a sua pessoa nem administrar os seus bens.

São Paulo, 16 de setembro de 1938.

(*aa.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA (relator).
Dr. NELSON DE TOLEDO FERRAZ.

CASO N.º 21. — *Da capacidade civil de um paralítico geral malarizado* (Parecer favorável ao levantamento da interdição).

IDENTIFICAÇÃO. — C. B., suíço, 48 anos, viuvo, residente nesta capital, técnico em trabalhos em couro.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Sem maior interêsse.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Além das moléstias peculiares à infância e da lues contraída há 14 anos, não apresenta outras de interêsse para o nosso caso.

QUESTÃO ATUAL. — Pelo laudo de interdição feito pelos nossos ilustrados colegas, Drs. Thomé Alvarenga e João de Monlevade, e pelas informações prestadas pelo próprio paciente, viemos a saber que o interdito, nos últimos meses do ano p. passado, começou a apresentar perturbações mentais e desvios da conduta bastante acentuados. De início, eram surtos confusionais, mais ou menos transitórios, durante os quais o paciente não reconhecia pessoas, confundia lugares e datas, faltava aos seus deveres

habituais, tudo isso em contraste com o indivíduo comedido e cumpridor de seus deveres que fôra até então. Daí por diante, instalou-se, com todo o cortêjo de sintomas, a moléstia que foi diagnosticada com exuberância de fundamentos no brilhante parecer emitido pelos distintos colegas há pouco citados. Os desregramentos da conduta, a decadência da autocrítica, e com ela de toda as faculdades intelectuais, as idéias megalomaníacas evidentes, as reações bruscas e as crises de agitação ao lado dos sinais neurológicos (tremor das extremidades, exaltação dos reflexos profundos, rigidez pupilar com anisocoria) constituiam o quadro clínico do início dêste ano, época em que foi elaborado aquele parecer, sôbre o qual se baseou o MM. Juiz para determinar sua interdição. As reações positivas do sangue e do líquido céfalo-raqueano confirmavam o diagnóstico de Paralisia Geral Progressiva.

Outra, entretanto, é a situação atual.

Internado a 6 de janeiro de 1938 na Casa de Saúde Homem de Mello, uma vez feito o diagnóstico foi êle malarizado a 15 do mesmo mês, apresentando o primeiro acesso febril a 23. Seguindo a marcha normal dessa terapêutica apresentou 11 acessos regulares, sendo cortada a malária a 2/2/38 pela medicação Paludan-Atebrina. Em seguida fez o tratamento específico intenso com o Stovarsol sódico.

Tanto seu estado físico, como o mental, melhoraram sensìvelmente.

Tivemos ocasião de conversar longamente com o paciente. Senhor de ótima representação, afável e delicado, veiu ao nosso consultório explicando com facilidade de argumentos a razão de ser de sua estada naquele local e suas pretensões, isto é, o levantamento da interdição que lhe pesa sôbre os ombros há vários meses. Se bem que reconheça ser o seu Curador — seu próprio filho — ótimo indivíduo e que desempenhou muito a contento o seu encargo, possuidor que está agora de sua saúde física e mental, pleiteia readquirir o direito de gerir sua pessoa e bens, homem brioso e trabalhador que sempre foi.

Não mais apresenta aquele embotamento mental assinalado em detalhes no parecer de interdição. Discorre com relativa facilidade sôbre os assuntos os mais diversos. Fez-nos, em linguagem apreciável, um apanhado retrospectivo da história da Suíça, sua pátria, citando fátos e datas, defendendo com calor as idéias do seu povo, argumentando, quando propositadamente dizíamos qualquer cousa que atentasse aos seus direitos ou incidisse em crítica ao seu modo de vida ou hábitos. Discorreu longamente sôbre as fontes de renda, a estrutura polîtico-administrativa, as organizações sociais e religiosas, mostrando-se bom conhecedor de tudo quanto se relaciona com sua Pátria. Quando, saltando do passado ao presente, nos referimos à situação crítica da Europa atual, à posição da Suíça em face dela, às pretensões alemãs, etc . . ., igualmente o Snr. C. B. mostrou estar perfeitamente ao par de tudo isso, explicando-nos, de modo satisfatório, a política de neutralidade e a psicologia de seu povo. Através de longa palestra propositadamente por nós dirigida, pudemos aquilatar do estado das faculdades mentais do interdito. Perfeitamente integrado no meio ambiente, orientado tão bem no tempo como quanto à sua pessoa, não mais apresenta aqueles defeitos de percepção (incapacidade de reconhecer lugares e pessoas), debilidade de atenção e memória, incapacidade de juízo crítico e consequentes idéias delirantes. Seus conceitos são ponderados e seu raciocínio é lógico. A compreensão, associação de idéias e ideação se mostram firmes quando êle nos acompanha por assuntos os mais diversos (naturalmente compatíveis com o seu meio e cultura), raciocinando sôbre êles e argumentando contra nossas proposições, que estão em desacôrdo com seus conhecimentos e modo de ver. Depois de mais de uma hora de conversação, pode-se inferir que o paciente não apresenta a fatigabilidade intelectual comum nos paralíticos gerais.

Por outro lado, o paciente reconhece o seu estado mórbido anterior e ri das idéias delirantes que manifestava nessa época e dos papéis absurdos que então desempenhou, muitos dos quais estão em sua memória, outros os soube por informações alheias.

Êste é por assim dizer o setor grosseiro da perturbação mental produzida pela sua moléstia — a Paralisia Geral Progressiva. Analisemos outro, mais sutil — sua conduta, desejos, afetividade e vontade, o que em nosso caso tem capital importância.

A êsse respeito, investigamos cuidadosamente por todos os meios que tivemos em mãos — por conversação direta com o paciente, com seu filho e atual curador, pelos dados que conseguimos colher na Casa de Saúde Homem de Mello, onde esteve internado, e os fornecidos pessoalmente pelo Dr. Thomé Alvarenga, que o tratou.

Está residindo só em sua própria casa e toma refeições em casa dos filhos. Leva vida pacata e meticulosa, cuida escrupulosamente do tratamento específico que ainda está fazendo e de providenciar sua vida futura. Assim é que, juntamente com seu advogado, dá diariamente providências para o levantamento da interdição; procura aproveitar o tempo para entrar em entendimento (verbal ou por escrito) com pessoas de suas relações ou relacionadas no ramo de negócios a que se dedica, tendo já mais ou menos encaminhada sua próxima colocação. Com isso demonstra que readquiriu sua atividade pragmática. — Muito distante se encontra daquela vida desregrada e de farras que levava nos primórdios de sua moléstia. Não mais se nota nele a expansividade e alegria mórbidas anteriores, mas sim um humor perfeitamente de acôrdo com o ambiente e severidade nos conceitos. Denota senso crítico apreciável. Sua conduta em reuniões de família (principalmente femininas) a que tem tomado parte, tem sido irrepreensível, conforme nô-lo afirmou seu próprio filho (e esta é uma pedra de toque nos paralíticos gerais). Afetividade bem de acôrdo com o seu temperamento. Demonstra também fôrça de vontade e desejo de reconstruir sua vida.

Exame somático. — Estado geral bom. Nada revela digno de nota o exame dos diversos aparelhos.

Exame neurológico. — Estática normal. Motricidade ativa e passiva, assim como tonicidade muscular sem particularidade, a não ser ligeiro tremor nos dedos. Reflexos tendinosos em geral vivos, principalmente os patelares. Não encontramos sinais de lesão piramidal. Também não há perturbações das várias modalidades de sensibilidade. Não notamos disartria, mesmo com a ajuda dos testes habituais. Não apresenta perturbações da escrita, leitura ou capacidade de fazer cálculos — a êsse respeito juntamos neste parecer importante documento fornecido pelo próprio paciente sob nossas vistas. Nele podemos assinalar: letra firme e corrente, sem perturbações gráficas de qualquer espécie, e duas operações matemáticas imediatamente resolvidas. Cumpre assinalar que o modo de fazer a multiplicação é diferente do nosso (o próprio paciente nos preveniu disso), mas o resultado final é certo.

Exame neuroftalmológico. — Nervos motores oculares íntegros. Pupilas isocóricas, de contornos regulares, reagindo bem à luz e acomodação, assim como o reflexo consensual.

Exames paraclínicos. — Exame do líquido céfalo-raqueano:

R.	10-I-38	9-VII-38	21-X-38
R. Wassermann	positiva	positiva	positiva
R. Ballung-Miller II	positiva	positiva	positiva
R. de Pandy	positiva	positiva	positiva
R. de Nonne	positiva	positiva	positiva
R. Weichbrodt	positiva	positiva	positiva
R. de Weichbrodt	positiva	negativa	positiva
R. Takata-Ara	positiva AZUL	positiva AZUL	positiva AZUL
N.º de células cc.	41	4 2/3	4 1/3
Albumina	0,77	0,44	0,53

(Exames feitos no Laboratório do Dr. W. Haberfeld).

Discussão. — Por tudo o que viemos de descrever, somos levados a concluir que estamos diante de um belíssimo caso de remissão, quasi que completamente,

em um paralítico geral precocemente malarizado e convenientemente tratado. Podemos incluí-lo entre os 30 a 35 % dos casos de remissão das estatísticas as mais rigorosas. Não fossem as reações liquóricas ainda positivas e a persistência de raros sinais somáticos no nosso paciente, poder-se-ia falar em remissão completa e integral.

Porém, tanto no caso em aprêço, como naquele desta última hipótese, não se trata mais do que de uma "remissão" que é preciso distinguir de "cura", pois são completamente diferentes uma da outra, não tendo decorrido ainda tempo de observação suficiente para estarmos descansados quanto a uma possível recidiva. São bastante falazes, de início, as remissões na Paralisia Geral Progressiva, mesmo porque as recidivas são frequentes, sutís e traiçoeiras. Não é pela psicopatia franca que elas se iniciam — aquela decadência mental patente, os delírios de grandeza berrantes, a agitação — mas, tal qual o início da moléstia, são as disfarçadas perturbações da conduta e da moral, os atentados contra o indivíduo e a sociedade, que dão início ao quadro mórbido, e é justamente porisso que devemos estar de sobreaviso a êsse respeito e não deixarmos às mãos do paralítico geral em remissão uma capacidade civil plena, quando dela dependem vultosos interesses particulares ou da coletividade, ou quando, pelo próprio caráter de sua profissão (médicos, farmacêuticos, maquinistas de estradas de ferro, chauffeurs, etc.), podem pôr em risco a segurança de terceiros. Devemos deixar em observação essa remissão um tempo mínimo necessário para se poder ter confiança nela. O próprio WAGNER V. JAUREGG, creador da malarioterapia, aconselha esperar-se no mínimo três anos para se firmar: "remissão completa". CLAUDE, BRUMKE, MIRA e outros autores clássicos aconselham da mesma maneira.

Em vista disto a questão médico-legal não é simples. Com a malarioterapia o ponto de vista até então vigente e defendido pelos nomes os mais abalisados como BAILLARGER, LEGRAND DU SAULLE e outros, de que a capacidade civil e a imputabilidade dos paralíticos estavam para sempre restringidas, teve que ceder lugar a outro um tanto mais benevolente. O conceito de prognóstico fatal P. G. P. caiu por terra — é justo pois que se modifique êsse prognóstico no que diz respeito à face médico-legal do problema.

Nos casos de remissão incompleta, com sequelas mentais de maior ou menor vulto, é lógico, a restauração da capacidade civil dependerá da natureza dessas sequelas e das condições de vida e responsabilidade de cada caso em particular. Quando, porém, a remissão é completa quanto às perturbações mentais e as sequelas são sòmente somáticas ou serológicas, o problema tem que ser discutido com muito maior carinho. Tendo em mente sempre a possível recidiva, deve-se com todo o cuidado colocar nos pratos de uma balança as vantagens dessa restauração de um lado, e os perigos que ela poderia acarretar de outro. Deve-se raciocinar sempre com a restauração integral da capacidade civil ao paciente, uma vez que não possuimos aquela "restituição parcial e progressiva" — "restituição sob controle" que preconizam VALLEJO NÁGERA, LAFÓRA, RUIZ MAYA ("Psiquiatria Penal y Civil") e entre nós HEITOR CARRILHO, segundo ZACHEU ESMERALDO, o que seria o ideal.

Voltemos ao nosso caso particular. O Snr. C. B. foi sempre indivíduo trabalhador, honesto e cumpridor de seus deveres. Com seu esfôrço próprio, tendo aprendido com seu pai os rudimentos de sua profissão, deixou ainda jovem a Pátria, onde, conforme praxe secular, deveria substituir o pai na fábrica em que trabalhava e sujeitar-se sempre ao mesmo ofício; não se satisfazendo em suas ambições de moço, foi para a Alemanha, onde, por muitos anos trabalhou e desempenhou funções de responsabilidade. Veiu para o Brasil contratado como mentor em seu ramo técnico de serviços que aquí ainda não existiam. Casado, criou, educou e encaminhou na vida prática dois filhos. Sempre progrediu, a ponto de ultimamente ocupar cargo de alguma projeção na "Aliança Comercial de Anilinas". Foi quando, acometido de grave moléstia, apresentou as desordens mentais tão bem relatadas no laudo dos Drs. Thomé Alvarenga e João de Monlevade, que motivaram sua interdição. Submetido a tratamento precoce e bem orientado, pôde o mesmo sair com alta da Casa de

Saúde Homem de Mello, onde esteve internado, "completamente restabelecido da moléstia que motivou sua interdição" — conforme atestado do Dr. Thomé Alvarenga datado de 31-8-38.

Pelo exame, conforme expusemos, revelou desaparecimento completo das perturbações mentais anteriormente referidas, mas revelou também a persistência de sequelas liquóricas (ver exames do líquido céfalo-raqueano) e neurológicos (exaltação dos reflexos patelares, ligeiro tremor dos dedos), ao lado de desaparecimento de sinais importantes, como sóem ser os neuroftalmológicos.

Pergunta-se : não é bastante prejudicial a êsse homem, sempre probo e trabalhador, agora em uso completo de suas faculdades mentais, o perdurar de uma situação de inferioridade como a de interdito?

Por outro lado, o temor de uma recidiva em um indivíduo cuja atividade profissional puramente técnica, e portanto já bastante automatizada, não exige grande esfôrço mental creador, cujos interêsses econômicos que tem em mãos não são dos mais vultosos, e de cuja atividade não depende a segurança de terceiros, será razão suficiente para se manter essa situação de inferioridade?

Achamos que *não*.

Se assim não agirmos, a interdição, que tem por fim salvaguardar os interêsses do interdito, não o fará, mas sim os prejudicará.

Tal é o nosso parecer.

RESPOSTA AOS QUESITOS

1. Qual o estado de saúde do interdito?

   R. — Satisfatório.

2. Qual êsse estado em relação às faculdades mentais?

   R. — Bom.

3. Está o interdito restabelecido da "paralisia geral progressiva" a que se refere o laudo de folhas 17 e seguintes?

   R. — Com a terapêutica pela malária processou-se uma remissão quasi que completa dessa moléstia, tendo as perturbações mentais desaparecido totalmente. Não se trata porém de "cura", pois a positividade do exame liquórico atesta que ainda há sífilis ativa no sistema nervoso. O paciente necessita continuar o tratamento.

4. No estado em que se encontra, pode o interdito voltar a reger sua pessoa e bens?

   R. — Sim.

São Paulo, 30 de outubro de 1938.

(*aa.*) Dr. PAULO PINTO PUPO.
Dr. CELSO W. DE MAGALHÃES.

PSICOSES EPILÉTICAS

1. Definição e conceito. — Muito propositadamente escrevemos epilepsias, no plural, e não epilepsia, no singular, porquanto, de acôrdo com o conceito moderno, a afecção de que nos ocupamos não é uma doença, uma simples nevrose, como se pensava antigamente. Trata-se de um síndromo que reconhece as mais diversas causas, umas próximas, outras remotas, algumas removíveis, outras irremediáveis.

Sabe-se hoje que certas regiões do encéfalo, quando irritadas, seja qual for o agente provocador — físico, tóxico ou infeccioso — provocam o desencadeamento da crise convulsiva.

Moléstias infecciosas peculiares à infância, auto-intoxicações como a uremia e a eclâmpsia, agentes tóxicos como o alcool e o chumbo; doenças como a sífilis e a tuberculose; compressões cerebrais por corpos estranhos ou tumores; causas de origem reflexa, como, por exemplo, polipos nasais, podem despertar o aparecimento de uma crise convulsiva, com idênticos característicos. Não é só. Experimentalmente, também é possível se determinar a eclosão de um ataque epilético, bastando para tanto se injetarem certas substâncias, como, por exemplo, o Cardiazol, rapidamente e por via endovenosa, na dose de 3 a 10 centímetros cúbicos, prática que é hoje de uso corrente no tratamento das esquizofrenias.

A sífilis é uma das maiores responsáveis pela incidência da epilepsia, agindo por mecanismos os mais diversos. Quando ataca os vasos cerebrais, nas endarterites, a deficiência da irrigação sanguínea que se segue afeta as células nervosas, donde a eclosão do mal. Por sua vez, as gomas sifilíticas, as meningites luéticas, as exostoses craneanas e as formas difusas da neuro-sífilis, como a paralisia geral, acarretam não raro a produção de crises convulsivas, que tanto podem surgir na sífilis contraída como e sobretudo nas formas congênitas.

2. A constituição epileptoide. — E' fáto assente o de um mesmo fator, uma mesma lesão cerebral determinar em certos indivíduos a eclo-

são de crises comiciais, ao passo que outros são poupados. Entra aquí em causa uma das questões mais relevantes da neuropatologia hodierna — a das constituições.

LOMBROSO, em seus memoráveis estudos, assinalou as anomalias de caráter e a impulsividade revelada por certas pessoas, por êle chamadas epileptoides.

KRETSCHMER e Mme. MINKOWSKA retomaram os estudos iniciados por LOMBROSO, insistindo na existência da constituição epileptoide ou gliscroide. Os portadores dêsse estado constitucional teriam não só predisposição marcada para os acidentes convulsivos, que neles se deflagram facilmente, como ainda apresentariam, no intervalo dos acessos motores ou psíquicos, um caráter muito especial. Duas tendências antagônicas neles se encontram reunidas — uma hipersocial, outra explosiva. Tal ambivalência viria explicar muitos átos observados de modo brusco e instantâneo, qual uma descarga súbita, incoercível e violenta, em indivíduos de natureza sociável, expansivos e acolhedores, que sùbitamente a todos surpreende com a sua atitude totalmente diversa do comportamento habitual.

Os portadores da constituição epileptoide estariam mais sujeitos, sob a ação dos diversos fatores já mencionados, a manifestar fenômenos tanto motores como psíquicos inerentes à epilepsia.

BRATZ descreveu as epilepsias emotivas ou afetivas, peculiares aos degenerados.

3. ***As epilepsias na criança.*** — A grande maioria dos casos de epilepsia surge na segunda infância, dos oito aos catorze anos. E' nessa idade que, via de regra, irrompem numa criança, aparentemente sadia, os primeiros ataques convulsivos, as primeiras ausências ou equivalentes.

O vulgo costuma atribuí-los a uma perturbação digestiva, aos vermes intestinais e às grandes emoções. Tais fatores não devem ser desprezados, mas, como demonstrou FOURNIER, o maior número de casos de epilepsia infantil é provocado pelo heredo-sífilis e pelo heredo-alcoolismo.

As crises que se manifestam nos heredo-sifilíticos têm os mesmos característicos das que ocorrem em virtude de outras causas. Um exame clínico cuidadoso da criança permite, entretanto, consignarem-se indícios evidentes da hèredo-lues.

O fáto das reações sorológicas, tanto no sangue como no líquido céfalo-raqueano, resultarem negativas, não implica no afastamento, nesses casos, da origem específica.

A influência do alcoolismo paterno na gênese da epilepsia infantil já havia sido observada na mais remota antiguidade. A maioria dos heredo-alcoolistas, que se tornam epiléticos, se recruta entre os que foram gerados no momento em que um dos genitores, sobretudo o pai, se encontrava alcoolisado.

Na puberdade, tanto no homem como na mulher, em particular nesta última, surgem, não raro, os primeiros indícios do mal. Aí não se pode desprezar a influência do fator endócrino, sobretudo uma possível disfunção da tireoide e das glândulas genitais : ovário ou testículo.

4. *As epilepsias no adulto.* — Muitas vêzes, as crises epiléticas irrompem tardiamente, já na idade adulta. Quando tal ocorre, a primeira causa a se perquirir deverá ser a sífilis, em particular a adquirida. Posta à margem essa hipótese, indagar-se-á da possível existência de um traumatismo craneano nos antecedentes pessoais ou a hipótese de um tumor cerebral incipiente.

Na mulher, a gravidez e suas sequências ocupam papel saliente na origem das crises epiléticas. Há as chamadas epilepsias gravídicas, nas quais os primeiros sintomas da afecção coincidem com a primeira gestação. Outras vêzes, a gravidez contribue para agravar o mal já preexistente ou vai despertar crises que, ocorridas na infância, já haviam desaparecido. Consignam-se também crises convulsivas na menopausa.

Na velhice, em ambos os sexos, pode se verificar a eclosão de acidentes epiléticos em pessoas até então indenes. Esta forma se prende a fenômenos de involução senil, à artério-esclerose cerebral, a pequeninos focos de amolecimento e à formação de resíduos de desagregação dos elementos nobres do tecido nervoso, das placas senís.

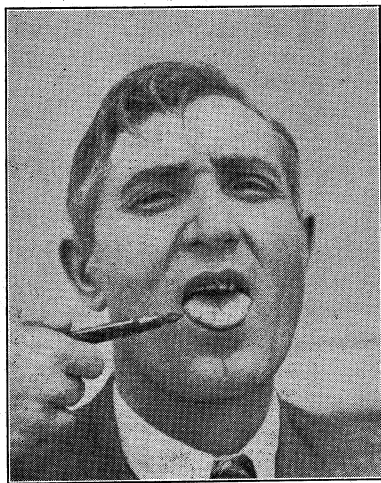



Fig. 40 — Mordedura da língua após uma crise convulsiva num epilético *(Observação do autor)*

5. *A crise convulsiva.* — A crise convulsiva pode sobrevir subitamente, sem se fazer anunciar por qualquer sinal, fulminando o doente. Outras vêzes, é o ataque precedido por um indício da sua aproximação, que se traduz por uma desordem visual, auditiva ou gustativa, ou cenestésica.

A êsses sinais premonitórios dá-se o nome de auras. Estas podem ainda se caracterizar por distúrbios psíquicos, tais como ausências, fugas ou excitação psico-motora, seguidas ou não de átos violentos e perigosos, os quais têm importância relevante sob o aspecto médico-legal.

Instalada a crise, quasi sempre após o clássico grito inicial, principia a fase tônica, em que há rigidez e

contratura, seguindo-se o período clônico, em que os membros são sacudidos por abalos bruscos e rápidos. Aos poucos vão as convulsões rareando, a respiração se torna menos opressa, a fisionomia, depois de ficar pálida e em seguida cianótica, retoma a sua côr natural ; o paciente recobra logo os sentidos ou mergulha em profundo sono. Após a crise, segue-se uma fase dita crepuscular, durante a qual a memória se mostra comprometida e se nota maior ou menor confusão na associação ideativa. No período crepuscular alguns doentes são acometidos por grande excitação e podem praticar átos violentos e delituosos.

O mecanismo que desencadeia as convulsões ainda não está convenientemente esclarecido, não obstante os progressos dos estudos experimentais.

As crises epiléticas podem ser confundidas, à primeira vista, com as histéricas.

Além da observação clínica, há presentemente outros meios que permitem a distinção entre elas. Tais são as provas que visam despertar, nos epiléticos, as crises clássicas, o que se obtem provocando-se a irritação do sistema nervoso simpático : uma pequena pressão digital sôbre os globos oculares ou uma ligeira compressão das carótidas. De uso corrente é também a chamada prova da hiperpnéia experimental, que consiste na obtenção da crise após respirações lentas, profundas e ritmadas. Empresta-se hoje, a esta prova, certo valor médico-legal.

Entretanto, como demonstrou, entre nós, o Dr. Olyntho Mattos, as crises histéricas são também frequentemente provocadas no decurso desta prova, razão por que não se presta a mesma como elemento de diferenciação.

*6. **O carater dos epiléticos.*** — Muitos epiléticos não denunciam a sua moléstia no intervalo das crises, comportando-se como indivíduos normais. Outros porém, e em maior número, revelam um caráter especial. Há os sombrios e taciturnos, sujeitos a bruscas mutações de humor, dotados que são de temperamento explosivo. Outros, embora afáveis e expansivos, quando menos se espera se tornam coléricos e agressivos. Essa mutabilidade de humor constitue o chamado *habitus epilepticus*, embora se possam observar epiléticos sobremodo tenazes e perseverantes, quando se trata de tornar uma idéia vitoriosa ou realizar determinado objetivo.

*7. **As auras psíquicas.*** — As auras psíquicas são relativamente frequentes e têm incontestável importância médico-legal. Muitas vêzes a crise convulsiva é precedida não por fenômenos motores ou sensoriais, mas por desordens mais ou menos intensas das funções psíquicas.

Antes de surgir a crise convulsiva, o doente cai por vêzes em profundo abatimento, em um verdadeiro estado melancólico, com idéias de ruina material, física e moral, sendo, não raro, arrastado ao suicídio.

Em alguns casos o quadro mental é representado por um sentimento de terror, de angústia, de sensação de morte iminente. Há também os que se tornam obnubilados, com a fisionomia apatetada, alheiados do que se lhes passa em derredor, minutos antes de explodir a crise.

Quando há excitação psico-motora, o epilético se movimenta sem cessar, pratica átos de violência, grita, deblatera, torna-se agressivo antes de cair em convulsões. Têm-se descrito casos em que predomina a excitação psíquica, que se exacerba ao extremo, seguida de rapidez na associação ideativa e a fuga de idéias, assemelhando-se à excitação maníaca.

A aura psíquica se traduz algumas vêzes por uma idéia obsidente, imperativa que se instala na conciência do doente momentos antes do acesso motor.

A reminiscência súbita e fugaz de uma lembrança anterior, que outra coisa não é senão uma alucinação da memória, também tem sido assinalada.

A aura psíquica nem sempre é de curta duração, podendo se prolongar por horas e até por dias. Há, via de regra, marcada tendência para a sua reprodução, sempre com idênticos característicos, donde o temor que devem inspirar os doentes já tendo revelado, anteriormente, propensão para os átos violentos.

8. Epilepsia psíquica ou larvada. Equivalentes psíquicos. — Tempo houve em que se pensava ser a crise motora a única forma de se surpreender a epilepsia.

Só no comêço do século passado é que os autores se capacitaram de que, ao lado do acesso convulsivo, a epilepsia se traduz por desordens psíquicas caracterizadas por estados delirantes, alterações da conciência e da memória.

Morel foi o primeiro a isolar a forma psíquica da epilepsia, logo a seguir confirmada por Falret, Legrand du Saulle, Krafft-Ebing, Lombroso e tantos outros autores.

Entre nós, Afrânio Peixoto, em sua magistral tese de doutoramento, fez meticuloso estudo do assunto, coligindo observações de grande interêsse, o que lhe valeu elogio das maiores autoridades na matéria.

A epilepsia psíquica tanto se pode manifestar por uma crise de excitação, como por um estado depressivo e ainda pela forma mixta.

Quando há excitação, o quadro lembra por vêzes a excitação maníaca, sem ser seguido de manifestações impulsivas e violentas. O doente se agita, dansa, canta, ri, torna-se jocoso, loquaz, irônico e irreverente. A crise pode ser de curta ou de maior duração.

Mas nem sempre o quadro se limita a simples crises de excitação maníaca.

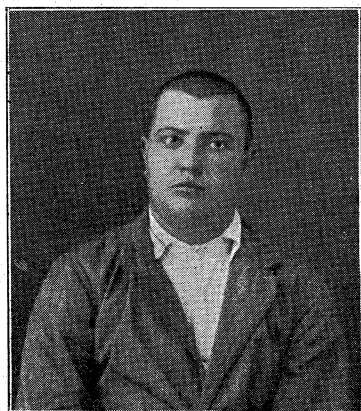



Fig. 41 — Epilepsia. Distúrbios endócrinos
(Observação do autor)

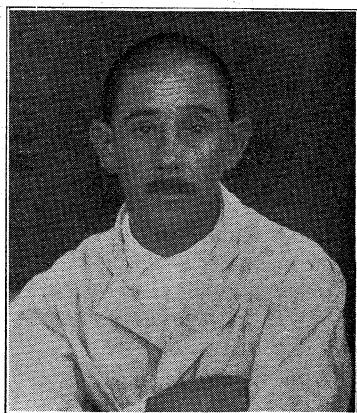



Fig. 42 — Epilepsia. Obnubilação psíquica logo após a fase crepuscular
(Observação do autor)

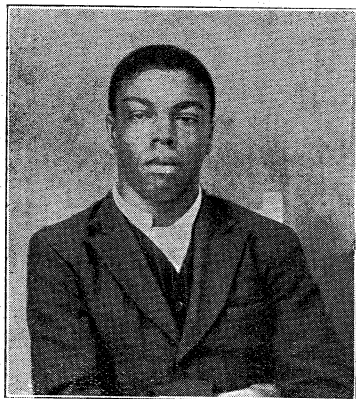



Fig. 43 — Epilepsia. Equivalentes psíquicos frequentes
(Observação do autor)

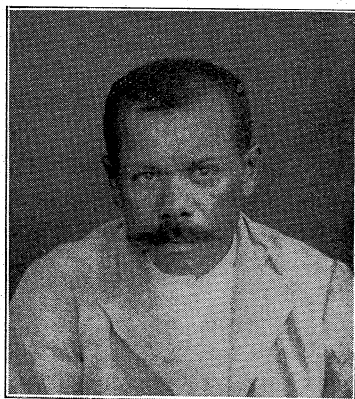



Fig. 44 — Epilepsia. Facies sombria
(Observação do autor)

9. *Furor epilético.* — Em certos epiléticos surge violenta crise de excitação psico-motora, que constitue a chamada *mania furiosa* ou *furor epilético*. São êsses doentes extremamente perigosos, porquanto a moléstia os arrasta muitas vêzes à prática de átos criminosos. Em alguns casos, o acesso explode sùbitamente; em outros, porém, o próprio paciente percebe a sua aproximação, queixando-se de cefaléia, angústia precordial, tremores e impulsões várias. Entre estas se destaca a impulsão a beber, ou dipsomania, que para muitos autores não passa de uma modalidade comicial.

O doente acometido de furor epilético torna-se prêsa de um estado de cólera furiosa, durante o qual pratica os maiores desatinos: rasga as vestes, destrói móveis e tudo quanto se encontra em tôrno de si; grita, injuria e agride a todos quantos dêle se aproximam. Nesse estado pode ser levado a cometer homicídios, auto-mutilações e tentativas de suicídio.

O acesso de furor é em regra súbito, violentíssimo, mas de curta duração.

Ao fim de pouco tempo o doente manifesta extrema fraqueza, o pulso se torna acelerado, a voz abafada, os dentes fuliginosos, a boca sêca e o corpo coberto de suor.

Alguns doentes passam da fase de excitação a um sono profundo e ao acordarem de nada se recordam.

Ao lado das crises de mania furiosa figuram as impulsões ditas epiléticas. Nestas, o paciente, sem apresentar qualquer sinal premonitório, entra desde logo num estado crepuscular semelhante ao estado onírico, manifestando as mesmas tendências todas as vêzes que apresentar tais acessos.

As impulsões de uns os arrastam a tentativas de suicídio; as de outros, às de homicídio.

Há ainda a se assinalarem as impulsões incendiárias, a cleptomania, os impulsos sexuais: exibicionismo, atentados ao pudor, manifestações sádicas, etc.

Neste grupo se inclue o crime epilético, levado a efeito de um modo brutal e imprevisto. O doente age habitualmente empregando golpes violentíssimos, mutilando a sua vítima. O crime, em certos casos, é totalmente imotivado; em outros, há inteira desproporção entre a brutalidade do áto e os motivos fúteis que o determinaram.

Muito se tem discutido a questão da amnésia dos epiléticos subsequente aos átos delituosos. Antigamente se acreditava que o principal característico dos crimes praticados pelos epiléticos seria a amnésia completa do crime praticado, a falta completa de conciência e a ausência de premeditação.

Se em regra é assim o fáto do indivíduo manifestar lembranças mais ou menos nítidas do áto delituoso por êle praticado premeditadamente, não significa entretanto não ter agido sob uma impulsão epilética.

10. Fuga dos epiléticos. — CHARCÔT descreveu a chamada crise procursiva ou de automatismo ambulatório, formas essas que foram também estudadas detidamente por LEGRAND DU SAULLE. O epilético, entretido nas suas ocupações habituais ou quando se encontra na sua própria casa ou a passeio, sùbitamente é tomado por uma vontade incoercível de caminhar. Anda sem destino, erra vagamente durante dias e até semanas, fazendo extensas caminhadas completamente desorientado e sem qualquer objetivo. Têm-se registrado casos em que o epilético atua como se fosse um indivíduo normal, mas passada a crise se surpreende ao verificar que se encontra em lugar estranho, sem saber explicar a razão por que alí se acha, nem os motivos que o levaram a fazer tão longo percurso.

As crises de epilepsia procursiva têm também grande interêsse médico-legal, porquanto durante a fuga alguns epiléticos, encontrando pessoas que lhes querem embargar os passos, se revoltam, tornam-se agressivos, saem em carreira desabalada, desfecham tiros contra as pessoas que se lhes deparam, ferindo e matando a inocentes que transitam despreocupadamente pelas ruas.

O alcool é muitas vêzes o agente causador da crise de automatismo ambulatório. Muitos doentes sujeitos a esta forma de epilepsia se perdem nas matas e nos lugares desertos, onde vêm a morrer de sêde e de fome.

11. Demência epilética. — A' medida que os epiléticos vão sendo acometidos de acessos motores ou de equivalentes psíquicos, o seu nível intelectual vai decaindo progressivamente, notando-se ao fim de alguns anos indícios evidentes de um estado demencial. Em regra, instalada a fase demencial, esta é de evolução progressiva, se bem que alguns doentes possam apresentar melhoras relativas. Tal se dá quando ao lado da decadência psíquica, inerente à própria moléstia, vem se juntar um estado confusional de origem tóxica.

Nas crianças, a incidência repetida das crises convulsivas provoca não só um entrave no desenvolvimento da inteligência, como ainda faz com que desapareçam os conhecimentos porventura adquiridos anteriormente.

12. Diagnóstico. — O diagnóstico dos distúrbios mentais relacionados com a epilepsia pode não oferecer maiores dificuldades. Entretanto, psiquiatras de grande tirocínio têm experimentado sérios embaraços em chegar a uma conclusão segura, o que ocorre nos casos desacompanhados de crises motoras.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	HISTERIA	EPILEPSIA
Causas	As crises sobrevêm após abalos morais Podem ser provocadas pela sugestão	Surgem sem motivo aparente Não podem ser provocadas pela sugestão
Aura	Em regra — ausente	Presente, na maioria das vêzes
Contusões	Raras	Frequentes
Distúrbios urinários	Emissão involuntária de urina muito rara	Frequente emissão de urina após o ataque
Duração	De ½ a uma ou mais horas	Convulsões tônicas e clônicas de poucos minutos
Coloração do rosto	Inalterada ou levemente enrubescida	Pálida a princípio; depois violácea e cianótica
Pupilas	Reagem bem à luz	Dilatadas e rígidas
Conciência	Não há obnubilação total	Completamente obnubilada
Babinski	Ausente	Presente
Sono terminal	Excepcional	Muito frequente

Há hoje, como já ficou assinalado, uma série de provas experimentais que facilitam o diagnóstico, como, por exemplo, a prova da hiperpnéia, que é a mais generalizada.

Na verificação da causa responsável pelo aparecimento da epilepsia sob as suas mais variadas formas, o laboratório oferece recursos de grande valia. Dever-se-á praticar, assim, ao se apurarem as causas geradoras do mal, o exame do sangue e do líquido céfalo-raquidiano. Além disso, torna-se indispensável radiografar o crâneo, empregando-se as modernas técnicas de exploração das cavidades cerebrais mercê de injeções de ar, lipiodol, etc.

13. Tratamento. — O tratamento deverá ser, sobretudo, etiológico.

Ao clássico tratamento sintomático pelos brometos — de potássio, sódio, estrôncio, lítio, cânfora, etc. — dispomos hoje de um grande número de derivados dos ácidos carbamida e barbitúrico — veronal, luminal, prominal, rutonal, etc. — empregados isoladamente ou associados à beladona, aos opiáceos, etc.

Como meios complementares, recorre-se ainda aos sais de cálcio e à opoterapia. A maior parte dos autores dá hoje excepcional importância ao regime alimentar. Além de se eliminarem as bebidas alcoólicas e os alimentos indigestos, suprimem-se os açucarados e em geral todos os hidrocarbonados — farináceos, pão, etc. — substituindo-se por gorduras, manteiga, queijo, saladas com óleo, etc. E' êsse o chamado regime cetogênico, que dá os mais satisfatórios resultados. Ao par disso, vida higiênica ao ar livre, de preferência no campo, evitando-se o sol ardente, a fadiga e as emoções violentas.

Nos casos em que se apurar a existência de corpos estranhos, processos tumorais irritando os centros nervosos, a neuro-cirurgia tem indicação formal.

14. Aplicações médico-legais. — O crime dos epiléticos tem dado lugar aos mais variados comentários, dada a sua frequência e as circunstâncias em que são os mesmos praticados.

A medicina legal da epilepsia cresceu de importância após o conhecimento das formas da epilepsia larvada ou psíquica, das vertigens e dos equivalentes, formas que se apresentam com particularidades clínicas muito especiais e cujo conhecimento veiu esclarecer muitos átos criminosos que no passado ficavam sem explicação.

LEGRAND DU SAULLE, comentando êsses fátos, afirma "A pesquisa da criminalidade especial e, si é que se pode assim exprimir, a marca de fábrica dos epiléticos em matéria de criminalidade, nos conduzirão necessàriamente à fixação dos sinais exatos da epilepsia homicida".

Desnecessário será estabelecer-se, do ponto de vista médico-legal, uma distinção entre os epiléticos larvados, alcoólatras, alienados, etc., uma vez que as manifestações encontradas nas diversas modalidades da epilepsia não variam em suas linhas gerais.

Teremos que apreciar o áto criminoso praticado no período de aura e na fase crepuscular, quando se tratar do grande ataque convulsivo.

Há mistér não se esquecer dos chamados acessos incompletos, cujo conhecimento modificou a crença de que, no crime dos epiléticos, se observaria sempre uma amnésia completa do áto delituoso. Na epilepsia larvada, entretanto, a amnésia é de regra. E's um caso assás demonstrativo :

CASO N.º 22. — *Epilepsia psíquica. Infanticídios.*

Nós, os Drs. Enjolras Vampré e A. C. Pacheco e Silva (relator), peritos nomeados pelo M. Juiz de Direito da 1.ª Vara Criminal de São Paulo, para proceder ao exame mental na pessoa de Dona D. I. R., atualmente recolhida ao Instituto Paulista, prestado o compromisso legal e depois de observarmos a paciente, passamos a redigir o presente relatório médico-legal.

QUALIFICAÇÃO. — Dona D. I. R., branca, brasileira, com 29 anos de idade, casada, natural de Patrocínio do Sapucaí.

FÁTOS. — Na manhã de 4 de abril de 1929, na fazenda X, comarca de Patrocínio do Sapucaí, neste Estado, Dona D. I. R., espôsa do proprietário da referida fazenda, ficando a sós com seus cinco filhos menores — D., de 10 anos ; N., de 8 anos ; M. A., de 7 anos ; N., de 5 anos e R., de 5 meses — que ainda dormiam, apoderou-se, inopinadamente, de um revólver pertencente a seu marido e, áto contínuo, descarregou a arma, à queima-roupa, ferindo na cabeça, um por um, os cinco filhos.

Alarmados com os estampidos e gritos de criança, acudiram as pessoas que se achavam nas proximidades, inclusive o marido da paciente, que momentos antes a deixára sem nada apresentar de anormal. Arrombada a porta do quarto, que estava trancada, os presentes depararam, atônitos, com os filhos do casal banhados em sangue, três já em estado agonizante, um gravemente ferido e o último apresentando ferimentos leves. Dona D., completamente fora de si, empunhava ainda uma navalha, com a qual tentou também ferir seu marido, voltando, em seguida, a arma contra a sua própria pessoa, procurando ferir-se, no que foi impedida pelos presentes, que a desarmaram e a contiveram.

Todos se aperceberam imediatamente do estado de perturbação mental daquela senhora, providenciando a vinda de um médico para socorrer as crianças e prestar cuidados à doente. O médico chamado, Dr. João Mathias Siqueira, apresentou o seguinte memorial ao M. Juiz de Direito da Comarca onde se registrou o fáto :

"No dia 4 de abril p. p. fui chamado às 6 ½ horas da manhã, com toda urgência, na fazenda do senhor F. R., no Município de Patrocínio do Sapucaí, lá chegando encontrei três crianças, de 9, 7 e 5 anos, filhos daquele senhor, mortas em seus leitos todas com um ferimento de arma de fogo (balas) no pavilhão auricular ; e mais duas crianças, uma de oito e outra de 5 meses, ambas com ferimentos graves de projetil de arma de fogo (balas) no pavilhão auricular, com grande tatuagem, tendo sido os tiros à queima-roupa. A criança mais velha, de 8 anos, apresentava-se em estado desesperador, tendo vindo a falecer dias depois. Tendo interrogado as pessoas presentes a causa desta dolorosa tragédia, fui chamado, digo, fui informado que a espôsa do senhor F. R., que ficára naquela manhã em seus aposentos dormindo, enquanto seu marido saiu para determinar o serviço da fazenda, levantando-se, em um acesso de loucura, dera um tiro de revólver em cada um de seus cinco filhinhos que se achavam dormindo em seus respectivos leitos. O marido, que se achava no alpendre da entrada, alarmado com os estampidos, correu para o interior da casa e

encontrou a porta de seu quarto de dormir fechada, arrombando-a encontrou sua espôsa com uma navalha na mão e seus filhos todos feridos e dois mortos, tiveram morte súbita e outro agonizando. Depois de ter medicado as duas crianças sobreviventes, fui examinar a autora da tragédia, que é a senhora Dona D. I. R., com 29 anos de idade, branca, brasileira, casada, natural de Patrocínio do Sapucaí. Antecedentes familiares : Não obtive informes dignos de menção. Antecedentes pessoais : Depois que perdeu um filho, uns 4 meses antes dêste acontecimento, manifestou-se sempre muito tristonha, chorando sempre e apreensiva. Sofreu há uns 8 meses uma pielonefrite, tendo ficado bastante enfraquecida depois desta moléstia. Tem 6 filhos de tempo, todos sadios e robustos. O filho que perdeu não teve assistência médica, pelo que ignoro a causa mortis, tendo tido porém morte rápida. — No exame que fiz na ocasião a paciente apresentava-se em estado de grande excitação ; fisionomia de angústia ; ligeiros tremores ; queria andar sem destino ; (estava sendo segurada por pessoas que acompanhavam seus movimentos, pelo quintal) alheiamento completo ao mundo exterior ; ignorava que tinha assassinado seus filhos e bem assim o motivo por que sua casa estava cheia de gente ; recebeu-me indiferentemente ; é de compleição franzina, sem vícios de conformação ou deformidade apreciável em um ligeiro exame ; estava amamentando seu último filho. Em áto seguido aconselhei o internamento em uma casa de saúde própria para o caso ; tendo seguido na manhã seguinte para São Paulo, onde ficou internada no Instituto Paulista. Foi o que pude observar no rápido exame feito na ocasião, não tendo tempo suficiente para uma observação meticulosa como requer o caso ; o que será feito em São Paulo onde se acha internada, por especialistas proficientes. Pelo que passarei a responder os quesitos que me foram apresentados : 1.º) A paciente está sofrendo alienação mental ? SIM. 2.º) Estava em estado de perturbação mental na ocasião em que desfechou os tiros em seus filhos ? SIM. 3.º) Em caso afirmativo qual o gênero de alienação ? Faltam observações para se afirmar o gênero da psicose. (*a.*) Dr. João Mathias Vieira."

No Instituto Paulista, onde foi internada dois dias depois do áto delituoso, Dona D. entrou calma, submissa, um tanto apalermada. Dias depois falava nos filhos, que dizia se encontrarem em casa, demonstrando completo esquecimento do fáto ocorrido. Ignorava a razão por que a haviam internado e como fôra transportada para São Paulo.

O exame físico, praticado nessa ocasião, revelou supuração do ouvido esquerdo consequente a um furúnculo, ferimentos incisivos nos dedos polegar e médio da mão direita, produzidos por navalha, na luta com as pessoas que a desarmaram.

Observação clínica. — Segundo as informações que pudemos colher, Dona D. não tem antecedentes hereditários neuro ou psicopáticos dignos de nota. Nos colaterais — uma irmã padeceu de crises convulsivas e apresentou uma perturbação mental passageira. Tem primos que sofrem de epilepsia.

Quanto aos antecedentes pessoais, merecem assinalados os seguintes : Foi criança muito doentia e nervosa, irritando-se por coisas mínimas. No colégio, em Sapucaí, onde esteve internada, teria tido duas crises convulsivas, com perda de conhecimento, das quais tem vaga lembrança, afirmando só se recordar de ter ficado surpreendida certa vez, ao se encontrar deitada no seu leito, cercada pelas Irmãs, que lhe davam medicamentos. Depois disso, nunca mais apresentou acidentes convulsivos.

Durante dez anos de casada, não teve doenças de gravidade, sentindo-se apenas fraca e indisposta, fazendo uso constante de tônicos.

Revelou-se sempre muito nervosa e emocionável, mas não manifestou sinais de perturbação mental até fevereiro do corrente ano, época em que, após a perda de um filhinho, começou a se mostrar tristonha, acabrunhada, exquisita e de gênio muito mudado. Até então mãe extremosa e dedicada, ocupando-se dos afazeres domésticos e zelando dos filhos com o maior desvêlo, passou a se desinteressar pelos mesmos, não cuidando mais das suas ocupações habituais. Vivia quasi sempre absorta, mergulhada em profunda tristeza, tomando, por vêzes, atitudes estáticas, a olhar para

o céu. Fora disso, não deixava transparecer outras manifestações, razão por que continuava a conviver com a família.

O marido da paciente informa ainda que, dias antes da tragédia, acordara com um rumor estranho, encontrando a espôsa com uma filhinha nos braços, fazendo menção de sair de casa. Causou-lhe estranheza êsse fáto, mas não deu maior importância porque, advertida a paciente, esta volveu prontamente ao leito, sem nada dizer. De outra feita, Dona D. levantou-se em trajes menores e foi se esconder num porão, de onde não queria sair, nem ver os filhos.

Exame somático. — O exame somático não revela alterações que mereçam assinaladas. Ausência de sinais denunciadores de lesões das vias motoras ou sensitivas. Íntegras as funções dependentes dos nervos craneanos. Normais os órgãos essenciais da vida.

Exames biológicos. — Reação de Wassermann negativa no sangue. Exame do líquido céfalo-raqueano : — Pressão inicial 45. Terminal 30. Leucocitose : — 0,8 por mm3. Reação de Wassermann negativa. Reação de Nonne negativa. Reação de Pandy negativa. Reação de Weichbrodt negativa.

Albuminose : — 0,10 centgrs. por litro.

Índices de Ayala { Q. R. 10,3
Q. R. D. 0,9.

Reação do benjoim coloidal 000.000.000.0.

Reação de mastic 000002200000000.

Exame psíquico. — A paciente associa bem as idéias. Nota-se, porém, uma certa morosidade na marcha do pensamento. Excessivamente tímida, apresenta-se sempre cabisbaixa, a olhar para o chão, contorcendo as mãos, numa atitude de constrangimento. Responde com acêrto às perguntas que se lhe fazem, submetendo-se, sem revolta, ao nosso exame. Dá mostras de grande sensibilidade, prorrompendo em pranto pela menor contrariedade. Ela própria reconhece sua extrema suscetibilidade, quando diz "sou muito sentida".

A memória apresenta lacunas evidentes. Há fátos da sua vida que a paciente não pode reconstituir, não obstante os esforços que faz. Assim, ignora os desatinos que praticou. Fala com a maior naturalidade nos filhos, que acredita vivos e na companhia do pai, referindo-se a êles com saudades, deixando transparecer grande afetividade. No dia 9 de junho, aniversário de sua filhinha N., uma das suas vítimas, escreveu-lhe uma carta mui carinhosa (pág. 331) e estranha que a filha não lhe responda.

O modo pelo qual Dona D. se comporta, as suas ações, as circunstâncias do crime, os seus antecedentes, excluem por completo a hipótese de estar ela simulando não se recordar do ocorrido.

Em certas ocasiões, a paciente permanece pensativa, indaga dos enfermeiros e médicos sôbre o sucedido, por isso que o marido, numa visita que lhe fez, disse ter ela praticado desatinos em casa, maltratando os filhos, sem porém entrar em minúcias.

Certa manhã acordou-se Dona D. muito preocupada, contando à enfermeira que tivera um sonho, no qual vira os filhinhos brincando num balanço no jardim, onde êles costumavam se reunir, quando, sùbitamente, desapareceram. Perguntou aflita por êles e o marido respondeu-lhe : — "Tranquilise-se, que os nossos filhos estão melhor do que nós".

E' possível que no sub-conciente tenham permanecido vagas impressões dos fátos ocorridos no período de ausência, que, durante o sono, afloram aos centros superiores, dando lugar a sonhos dessa natureza.

O estado de humor é mui variável. Há ocasiões em que a paciente se mostra alegre, expansiva com as companheiras. Outras vêzes procura se isolar, torna-se retraída, sem que nada explique tais mudanças, que se processam bruscamente.

Tem tido crises de agitação momentânea, que se traduzem por gritos, tendência à cólera e irritabilidade. A 24 de maio teve uma dessas crises, porém mais violenta. Proferiu frases desconexas, riscou as paredes do quarto, atirou-se ao chão com o corpo rígido, sendo necessário ampará-la para que se não contundisse. Êsse período durou poucas horas, findas as quais a paciente mostrou-se admirada quando notou as paredes do quarto riscadas, e mais ainda ficou ao saber que fôra ela a autora, dizendo não se recordar de ter feito semelhante coisa.

Por mais de uma vez tem manifestado átos impulsivos, sobretudo quando contrariada, sendo de notar que isso ocorre por qualquer futilidade. Assim, certa vez recusou-se a cortar o cabelo com o cabeleireiro da casa e, tendo a enfermeira procurado demonstrar as dificuldades de se fazer vir outro, foi o bastante para determinar violenta reação, acompanhada de gestos e impropérios, em desacôrdo com a sua conduta habitual.

Nessas ocasiões empalidece, fica trêmula e tem sensação de adormecimento nos membros e na língua, segundo ela própria informa.

Submetêmo-la às provas da hiperpnéia de Foster, fizemos a compressão brusca das carótidas e praticámos uma injeção de adrenalina, buscando verificar as provas aconselhadas nestes últimos anos para provocar crises convulsivas nos casos suspeitos de epilepsia, não tendo logrado reação alguma, salvo breve sensação de mau estar e adormecimento nos braços, seis minutos após o início da prova da hiperpnéia.

Discussão e apreciação dos fátos. — Ao estudar as circunstâncias em que Dona D. praticou o áto delituoso, assassinando os seus próprios filhos, e, completando êsse estudo pela observação médica, duas hipóteses acodem ao espírito do alienista : — Tratar-se-á de um caso de *raptus* melancólico, em que a pessoa age convicta de que a morte dos entes queridos é o único meio capaz de evitar uma desgraça ainda maior, ou estaremos diante de um caso de epilepsia, traduzindo-se por equivalentes psíquicos?

Em favor da melancolia há a considerar o estado de profunda depressão em que caiu Dona D. após a morte de um filho, fáto verificado em fevereiro do corrente ano. Entretanto, no *raptus* melancólico não há amnésia dos fátos. O indivíduo age convicto de estar realizando um áto altruístico, para salvar os entes queridos de uma desgraça irremediável. Assim, praticado o crime, o melancólico não só não procura fugir à responsabilidade, como não demonstra o menor arrependimento.

Resta-nos a segunda hipótese, que se confirma :

1.º) — Pelos antecedentes pessoais da paciente, a qual apresentou crises convulsivas quando menina ;

2.º) — Pela observação clínica, em que se assinalam períodos de agitação e átos impulsivos seguidos de amnésia ;

3.º) — Pela subitaneidade do início da crise, que levou a paciente a assassinar os próprios filhos, e a volta, dois dias depois, ao estado anterior.— "...Em outros, e são para os médicos legistas os mais interessantes, a epilepsia se caracteriza pela impulsão instintiva, pelo áto súbito, brusco, irrefletido, motivo que levou a denominá-lo, mui justamente, de *ictus*, sem precedência e sem sequência ; e quando se pensa que êsse áto pode ser o assassinato inesperado e inexplicável do transeunte o mais inofensivo, e que o assassino não deu antes e não dará depois o menor sinal de alteração das faculdades, há razões para aterrorizar e de levantar na conciência dos juízes as mais dolorosas perplexidades. E' ao perito que cabe fazer cessá-las". (Palavras de A. Tardieu — "Etude médico-légale sur la folie", pág. 132. Paris, 1872).

4.º) — Pela ausência de motivo apreciável. Que motivos poderiam levar uma mãe extremosa a assassinar os próprios filhos?

5.º) — Pelo desacôrdo entre as tendências habituais da paciente — Mãe carinhosa, afetiva e dedicada aos filhos, que, sùbitamente, os assassina.

6.º) — Pela independência entre os fátos verificados e as circunstâncias exteriores. A vida do casal corria normalmente. As crianças dormiam e não podiam, portanto, tê-la contrariado e determinado um áto de desespêro.

7.º) — Pela nenhuma correlação entre o que a paciente fazia ou pensava pouco antes do áto — O marido havia deixado a espôsa dormindo, momentos antes do áto delituoso.

8.º) — Amnésia e inconciência completa dos átos praticados e, em consequência, ausência de remorso. — Ignora a monstruosidade do áto que praticou, de outra forma não se explicaria o fáto de escrever afetuosa carta no dia do aniversário de uma filha já morta e por ela mesma assassinada.

O fáto da paciente vir já manifestando, antes do delito, pequenos distúrbios mentais, em nada infirma as conclusões a que chegámos.

Já FALRET havia assinalado o fáto dos epiléticos manifestarem, fóra dos seus paroxismos, desordens particulares da inteligência, do humor, do caráter. Desde então, os autores têm descrito e observado fases de mania e de melancolia em epiléticos. Interessante é notar que a maioria dessas observações tem sido feitas em epiléticos criminosos. (LEGRAND DU SAULLE, GRIESINGER, KRAFT-EBING, FALRET, ETCHEVERRIA, BOMBARDA, DUPRÉ, VALLON, FRANCO DA ROCHA, etc.). Me. MINKOWSKA e H. VALLON publicaram recentemente interessantes trabalhos a respeito, intitulados respectivamente: — "Epileptoide" — "La mentalité epileptique".

Não tem, outrossim, maior valor o fáto das provas propostas para a determinação das crises convulsivas terem resultado negativas. "Estas últimas pesquisas são as mais interessantes do ponto de vista médico-legal, porque permitem provocar, às vêzes, uma crise típica (os resultados negativos ou duvidosos não têm nenhum valor)." (A. CELLIER — "La responsabilité penale des epileptiques et leur assistance" — Relatório apresentado ao Congresso de Medicina Legal (1929) — "Annales de Médecine Légale", ano IX, n.º 6, junho 1929, pág. 347).

EM CONCLUSÃO. — Dona D. é uma epilética, sujeita a crises de depressão melancólica e a equivalentes psíquicos. Nestes, a paciente fica em estado de ausência completa, não se recordando, posteriormente, dos átos praticados. Foi numa dessas crises que ela feriu os próprios filhos.

RESPOSTAS AOS QUESITOS APRESENTADOS PELO DR. PROMOTOR PUBLICO INTERINO DA COMARCA DE PATROCÍNIO DO SAPUCAÍ

1.º) P. – Estava Dona D. com grave perturbação mental na manhã de 4 de abril p. p., quando atirou em seus filhos?

R. – Sim.

2.º) P. – Está Dona D. mentalmente perturbada?

R. – Sim. Além das desordens mentais bem caracterizadas, que surgem intermitentemente, o estado mental de Dona D. se apresenta com o mesmo feitio do das pessoas que padecem do mal comicial.

Conquanto não lhes tenha sido perguntado, os peritos, por um dever de conciência, pedem permissão para assinalar, *data venia*, o extremo grau de periculosidade oferecido por essa doente, por isso que os equivalentes psíquicos tendem a se repetir sempre sob a mesma forma e com as mesmas impulsões, devendo a paciente, por êsse motivo, permanecer sob vistas médicas, em estabelecimento apropriado.

Tal é o nosso parecer.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA – relator.
(*a.*) Dr. ENJOLRAS VAMPRÉ.

Cartas dirigidas pela doente aos filhos por ela própria assassinados e que revelam completa amnésia dos fátos ocorridos.

* * *

São Paulo, 9 de junho de 1939.

Queridinha N.

9 de junho ! os teus 8 anos ! . . . Como sinto, não poder estar ao teu lado, minha filhinha, abraçar e beijar-te ; Mas Deus assim quer, seja feita a vossa vontade. Hoje ao acordar-me, o meu primeiro pensamento, foi ao Altíssimo, pedindo para conservar-te, sempre boasinha, linda flor do nosso lar ! sempre feliz, pura, fresca e perfumada, como a mais linda rosa d'um jardim.

Não posso abraçar-te; mas o teu papai, há de fazer as minhas vezes, te abraçando e beijando.

O ! como sinto tristeza, ao escurecer, justamente a hora em que, sentavamos todos no terraço, e ali ficavamos até as 8 horas da noite ; Agora longe ! longe ! izolada, de toda a minha familia e privada das vistas não só de ti, como de todos os teus irmãosinhos, que n'unca os confiei a vigilancia d'alguem, no mundo, a não ser a mim mesma. Como tenho sempre curtas esperanças, não só de viver como de ficar inutilizada, sem poder zelar por vocês ; como sempre te dizia que na minha falta, tu sendo a mais velha, que havias de zelar por elles, torno a pedir que zela delles com carinho e paciencia.

Fiquei satisfeita com a visita do teu vovô e papae, mas não tive satisfação completa, pois me faltaram os filhinhos.

Recommendações a todos e beijinhos nos teus irmãosinhos e abenção da mamãezinha. D.

(Na margem da carta estão escritas as palavras que se seguem) :

Não pode me responder, mas peça a teu papae que responda por ti. Quero saber se vovô e papae forão felizes na viagem, e saber noticias de todos, especialmente do pequeno R.

* * *

S. Paulo, 1 de Julho de 1929

F.

Queridinho : Recebi a tua carta, causou-me muita alegria de saber que todos gosam bôa saude, é o que desejo ! Graças a Deus vou bem, só tive uma pequena inflamação nos olhos, mas o Dr. Paulino me receitou um remedinho, já estou melhor. Mas, me sinto muitas saudades, não só de ti, como de todos. F. passei mal do estomago mas estou tomado remedio. Muitas recommendações a papae mamãe meus sogros, irmãos e cunhados.

Abraços e beijinhos as crianças, e retribui o abraço de L. por mim.

Aceitas um ardente beijo e apertado abraço de tua queridinha D.

PSICOSES DITAS NEVRÓSICAS

a) HISTERIA

1. Histórico. – 2. Conceito. – 3. Sintomas somáticos. – 4. Estado mental histérico. – 5. Grandes e pequenos ataques. – 6. Distúrbios da conciência. – 7. Diagnóstico. – 8. Prognóstico. – 9. Tratamento. – 10. Aplicações médico-legais.

1. Histórico. — Nos mais remotos documentos históricos da Grécia se encontram referências à histeria. Foi PLATÃO quem fundamentou a primeira teoria para explicar os acidentes histéricos e que deu origem ao nome ainda hoje empregado, embora erroneamente, pois que a histeria não tem relação alguma com o útero. Assim, porém, não pensava o autor do Timêo, que ensinava "O útero é um animal que deseja ardentemente conceber crianças. Quando, após a puberdade, permanece esteril, não pode suportar êsse estado por muito tempo e, indignado, percorre todo o corpo, obturando os condutos de ar, entravando a respiração, lançando o corpo em perigos extremos e ocasionando diversas moléstias, até que o desejo e o amor reunam o homem e a mulher, dando lugar a um fruto, colhendo-o como o de uma árvore".

Aliás, como assinala GILLES DE LA TOURETTE, a teoria de PLATÃO deriva certamente do conceito emitido antes dêle por HIPÓCRATES: "Si o útero vai sôbre o fígado, a mulher perde logo a voz; cerra os dentes; a côr se enegrece. Tais acidentes a assaltam frequentemente em plena saúde e sobrevêm sobretudo nas solteironas e nas viuvas, que, sendo jovens e tendo tido filhos, permanecem em estado de viuvez".

GALENO, anatomista e fisiologista consumado, se insurgiu mais tarde contra a teoria de PLATÃO, assinalando a impossibilidade do útero se deslocar da sua séde habitual para atacar outros órgãos.

Na Idade Média se verificaram verdadeiras epidemias de histeria, cuja origem era naquela época atribuída à influência do demônio, assumindo a feição de epidemias religiosas.

Na Renascença e no Século XIX, o estudo da histeria tomou novo impulso mercê dos estudos de LE POIS e SYDENHAM.

LE POIS afirmou, de modo categórico, ser a histeria uma afecção independente do útero, de origem nervosa, comparável, sob múltiplos aspectos, à epilepsia.

Sydenham demonstrou a analogia de certos sintomas, observados no homem, com a histeria, demonstrando não ser esta peculiar à mulher, mas atingindo também, embora menos vêzes, o sexo masculino.

Georget, Briquet e sobretudo Charcôt, cujos trabalhos tiveram grande retumbância no mundo científico, fixaram definitivamente no sistema nervoso a sede dos fenômenos histéricos.

2. Conceito. — Charcôt estabeleceu uma concepção intelectual da histeria, no deflagrar da qual emprestava êle grande valor às idéias fixadas no espírito, à imitação, ao exagêro, à emotividade, às causas morais. Além disso, o mestre da Salpêtrière fixou as relações do hipnotismo com a histeria.

Após os estudos de Charcôt, os quadros da histeria se alargaram extraordinariamente, tornando-se impossível delimitá-los. Foi quando Babinski, discípulo de Charcôt, tentou definir a histeria como sendo "tudo quanto se possa provocar pela sugestão e curar pela persuasão", propondo também a substituição da expressão "histeria" pela palavra "pitiatismo".

Janet, por sua vez, definiu a histeria como uma psicose pertencente ao grupo das moléstias mentais por insuficiência cerebral, caracterizada sobretudo por sintomas morais, principalmente por um enfraquecimento da faculdade de síntese psicológica.

Dupré considerava a histeria como "a tendência constitucional à alteração da verdade, à fabulação, à mentira e à simulação".

Nestes últimos anos, grande número de autores, baseados em estudos de patologia comparada, têm procurado descobrir um substrato orgânico capaz de explicar a gênese da histeria, que deixaria assim de figurar no grupo das nevroses.

Para Sahli, tratar-se-ia de lesões nas conexões fibrilares entre o cerebelo, os núcleos opto-estriados e as células corticais.

Paspatratrigakis a considera uma manifestação extra-piramidal.

Marinesco e os da escola rumaica atribuem as manifestações histéricas a uma miopragia dos centros nervosos.

O Prof. Roxo dá grande relêvo ao papel da emoção, que, no seu entender, constitue um fundamento anátomo-clínico para a constituição histérica, o desequilíbrio vago-simpático seria um fenômeno constante em tais casos, acrescentando que as lesões dos corpos opto-estriados se traduzem frequentemente por crises histéricas.

O Prof. Austregésilo diz: "A histeria é a psiconeurose que se caracteriza pela fácil desarticulação do inconciente e do sub-conciente, que se torna liberado e por isso se manifestam os fenômenos psico-sensoriais e psico-somáticos. Esta liberação é dada pela sua sugestibilidade, que considero na realidade o único estigma da histeria. A outra doutrina psico-orgânica ou somática vê nos acidentes histéricos

ou pitiáticos alterações dinâmicas vaso-motoras ou mesmo somáticas pròpriamente ditas nos centros sub-corticais, ou melhor, nos núcleos da base e no hipotálamo. As duas doutrinas não se opõem, ou antes se completam".

Vê-se, pela rápida exposição que vem de ser feita, quão complexos e de difícil interpretação se nos apresentam os elementos clínicos da histeria.

3. ***Sintomas somáticos.*** — A histeria pode provocar os mais variados sintomas, simulando quadros clínicos os mais dispares, pois não há o que ela não logre imitar.

Fig. 45 — Fig. 46

Paraplegia pitiática. A mesma doente, meia hora depois, restabelecida após uma injeção endovenosa de Cardiazol, associada a enérgica psicoterapia

Vamos analisar rapidamente, começando pelas desordens da sensibilidade, tanto térmica, como dolorosa e tátil. Os transtornos mais frequentes na esfera da sensibilidade constituem as chamadas anestesias histéricas, que não obedecem à distribuição troncular dos nervos, como acontece nas afecções orgânicas. Há formas de anestesia crucial, em luva, etc. Outras vêzes, ao invés de anestesia, há exagêro da sensibilidade, ou melhor, hiperestesia — da pele, das mucosas e ainda dos órgãos internos — ovarialgias, etc.

Na esfera sensorial a sintomatologia pitiática é bastante rica. A cegueira ou ambliopia histérica é observada em muitos casos ; outros acusam estreitamento do campo visual. A surdês histérica, assim como a perda do olfato e do paladar, também fazem parte das formas comumente descritas.

As paralisias totais, como as parciais, obedecendo às mais variadas distribuições, são postas em relêvo por quasi todos os autores: hemiplegias, monoplegias, quadriplegias, paraplegias, etc. As contraturas dos membros, do pescoço, do tronco, são banais.

As desordens do equilíbrio e da marcha geram a astasia e a abasia histéricas.

Cumpre também lembrar o mutismo, a afonia, as dificuldades na deglutição e os fenômenos do tipo catatônico.

Os distúrbios neuro-vegetativos e secretórios têm dado lugar a interessantes observações, que explicam as hemorragias sub-cutâneas das estigmatizadas, o suor de sangue, o dermografismo, a febre, etc.

Há mistér mencionar ainda os distúrbios digestivos — vômitos, sitofobia, meteorismo, diarréia ou obstipação intestinal; as desordens circulatórias — palpitações, taquicardias, bradicardias, as variações súbitas de pressão arterial.

*4. **Estado mental histérico.*** — A histeria se manifesta habitualmente em pessoas dotadas de constituição peculiar. Muito embora os característicos dêsse estado constitucional sejam extremamente variáveis, há um colorido próprio que permite identificar o terreno propício ao desenvolvimento da histeria.

A inteligência é aguda mas superficial, voltada sempre para futilidades. Existe vivacidade intelectual, que se revela precocemente, mas há falhas sensíveis no juízo crítico. A tendência à mendácia e à mitomania, nas quais as pessoas histéricas se revelam de uma habilidade incrível, é manifesta, não obstante a preocupação frequente de dissimulação.

A imaginação não tem limites na sua fertilidade, mas converge sempre para a própria pessoa, buscando sôbre ela atrair a atenção, mobilizando todos os que a cercam a seu serviço, exigindo dedicação extrema na realização dos menores caprichos, na satisfação de uma vaidade insaciável. Tudo isso é feito sem medir sacrifícios, com inaudita tenacidade e rara capacidade de explorar os sentimentos e as fraquezas alheias em benefício próprio.

Sob o disfarce de uma afetividade extremada, esconde-se uma ausência completa de sentimentos altruistas, que um amor próprio hipertrofiado transforma em tirania e despotismo.

Escrúpulos, preconceitos, remorsos, são desconhecidos para as histéricas, que não trepidam em fazer falsas imputações, em simular atentados, em cometer assassinatos, tudo friamente calculado, tomadas perfidamente todas as precauções e, uma vez consumado o áto, comentam os fátos com segurança, afrontando a opinião pública na certeza da sua impunidade.

5. *Grandes e pequenos ataques.* — No grande ataque histérico, descrito magistralmente por CHARCÔT e seus discípulos, há um período inicial ou prodrômico, que se traduz por fenômenos vários, pela chamada aura histérica, que permite ao doente prever a aproximação da crise.

Os distúrbios premonitórios são múltiplos. Segundo RICHER, pode-se, pela ordem de frequência, assinalar: *a*) distúrbios psíquicos — alucinações; *b*) distúrbios das funções orgânicas; *c*) distúrbios da motilidade; *d*) distúrbios da sensibilidade.

Sobrevém, em seguida, o período epileptoide, que se subdivide em três fases bem distintas — tônica, clônica e resolutiva. Passadas essas fases, surge o período dito acrobático, das grandes contorsões, das posturas forçadas, com grandes contorsões em arco. Mal o doente se acalma, logo se instala outra fase — a das atitudes passionais, das posições teatrais, com grandes encenações. Finalmente, irrompe a fase delirante, com alucinações visuais predominantes e delírios polimorfos.

Na pequena crise ocorre queda, mas, ao contrário do que sucede na epilepsia, sempre sem traumatismo. Seguem-se movimentos desordenados e espasmos, que terminam para dar lugar ao delírio falado ou vanilóquio.

6. *Distúrbios da conciência.* — Na histeria surgem habitualmente distúrbios da conciência, que apresenta modificações transitórias. Casos há em que a conciência se mostra inteiramente suspensa, como nos estados ditos sonambúlicos. Em outros, não se dá abolição total da conciência, mas transvios ou ofuscamento, os chamados estados crepusculares, cuja análise despertou em FREUD a doutrina que guarda o seu nome.

Na fase crepuscular o doente revela idéias delirantes alimentadas por recordações que jaziam esquecidas mas que afloram à conciência em determinadas circunstâncias. Trata-se do denominado delírio mnemônico.

Não são raras as alucinações, mòrmente visuais, nos estados crepusculares histéricos. As doentes mergulhadas nesse estado acusam visões de diversos matizes, durante as quais se lhe deparam cenários magníficos, imagens celestiais, ou, ao contrário, quadros tétricos e apavorantes.

Múltiplas idéias delirantes surdem no decurso da histeria, conquanto predominem as de fundo místico, melancólico e as eróticas.

O fenômeno de desdobramento da personalidade, os estados segundos dos autores franceses, constitue apanágio da histeria, explicando os estados de transe, manifestações de pseudo-mediunidade, que tanto impressionam os profanos.

Na órbita do sono os distúrbios são habituais, maximé as crises de hipersonia, durante as quais os doentes dormem dias e dias seguidos, quer dando aparência de um sono normal e tranquilo, quer tendo intermitências de agitação, durante as quais se debatem em incontida movimentação.

Alguns autores, baseando-se na predominância dos sintomas, descrevem formas clínicas diferentes — forma profética, auto-acusatória, hétero-acusatória, fabulatória, perversa, etc.

7. ***Diagnóstico.*** — Na fase inicial de várias psicoses, na esquizofrenia, na mania, nas psicoses ligadas ao climatério, nas psicoses de situação se observam, frequentemente, desordens comparáveis às que costumam surgir na histeria. A tais estados, que não são bem marcados, dá-se o nome de histeróides. O diagnóstico diferencial dêsses casos com a histeria verdadeira nem sempre é fácil tarefa.

Difícil é também, por vêzes, estabelecer-se distinção entre as crises epiléticas e as histéricas. Nas primeiras o ataque surge *ex-abrupto,* não dando tempo do doente se precaver, razão por que se contunde na queda, o que se não dá na histeria. O período de inconciência é, na epilepsia, total durante a crise e mais duradouro passada a fase convulsiva, ao passo que, na histeria, a inconciência não é total e é mais fugaz. (V. quadro à pág. 324).

8. ***Prognóstico.*** — O prognóstico das paralisias histéricas e dos demais fenômenos dela dependentes — mutismo, cegueira, contraturas, etc. — é favorável, conquanto se conheçam casos de longa duração.

O estado mental histérico apresenta remissões, mas difìcilmente se conseguem modificações radicais.

As grandes e pequenas crises se atenuam e espaçam com tratamento indicado, mas tendem a recidivar toda vez que um fator emotivo venha despertar o estado constitucional latente.

9. ***Tratamento.*** — Nas grandes e pequenas crises têm indicação os sedativos físicos e químicos.

O isolamento e um ambiente favorável, longe do meio onde as crises soem deflagrar sob a influência de fatores emocionais, são de grande vantagem.

A influência sugestiva de um médico especialisado, capaz de empregar um tratamento psicoterápico bem conduzido, muito aproveita a esta classe de doentes.

Nas paralisias, cegueiras, mutismo e surdez histéricas, o emprêgo de correntes elétricas farádicas e galvânicas, o torpedeamento de VINCENT, age prontamente, em especial quando empregado por clínico

experimentado, que reforça êsse meio, agindo com energia e autoridade, empregando, assim, a chamada psicoterapia armada.

10. Aplicações médico-legais. — Não há áto mórbido, não há delito que os histéricos não possam praticar. RÉGIS, que é dessa opinião, destaca entre os principais crimes cometidos por êsses doentes, os seguintes: imputações e falsas reivindicações, falsas denúncias em que não só outros são acusados mas também auto-denunciação, simulação de atentados de agressão, tentativas de homicídio, roubos, atentados aos costumes, envenenamentos, infanticídios e raptos de crianças.

A tal propósito, insiste RÉGIS — os átos delituosos dos histéricos têm um cunho estranho, misterioso, romanesco. São invenções incríveis, trapaças sem igual, duplicidades consumadas, cartas anônimas, suspeitas levantadas contra terceiros, revelações emanadas do túmulo ou dos céus.

No tocante à responsabilidade criminal das histerias as opiniões divergem: Uns opinam pela responsabilidade total, outros pela atenuada e há os que concluem, e êstes são em maior número, pela irresponsabilidade.

O problema do casamento dos histéricos, que o povo falsamente recomenda como capaz de atuar decisivamente sôbre o mal, pode dar lugar a discussões sôbre "êrro essencial de pessoa".

Os histéricos, com tendência à mitomania e à mendácia, peculiar à sua constituição, são levados a tudo fantasiar e deturpar, razão porque são péssimas testemunhas e não são dignas de fé.

Assim, a validade dos átos civís das pessoas reconhecidamente pitiáticas, sujeitas a crises frequentes ou a átos reveladores da sua constituição mórbida, torna-se nula.

No que tange aos acidentes do trabalho, convém, como preconiza BENON, distinguir os distúrbios que são realmente histéricos dos que são qualificados de histeria porque, sendo de natureza dinâmica, assemelham-se a certas sequelas da histeria, em particular às paralisias e contraturas post-histéricas. São as pessoas portadoras de constituição pitiática as que dão lugar à chamada sinistrose (BRISSAUD) ou indenisofilia (AFRÂNIO PEIXOTO). (V. capítulo Acidentes do Trabalho e Doenças Mentais).

b) Neurastenia (Psicastenia)

1. Histórico. — 2. Sintomatologia. — 3. Formas clínicas. — 4. Estados neurasteniformes. Diagnóstico diferencial. — 5. Decurso. — 6. Tratamento. — 7. Aplicações médico-legais.

*1. **Histórico.*** — Foi Georges Beard, professor de moléstias nervosas na Universidade de New York, o creador da neurastenia, que êle descreveu avocando para si a autoridade de ter estudado essa nevrose num meio apropriado, afirmando serem os Americanos do Norte o povo mais nervoso do mundo.

Beard insistia na frequência da neurastenia sexual, consequente aos excessos genitais, si bem que reconhecesse a existência de outras formas clínicas — cerebral, espinal, estomacal, etc.

Charcôt, Raymond, Rodet e outros autores franceses divulgaram os estudos do professor americano, agregando-lhes novos subsídios. A neurastenia ganhou rapidamente terreno, popularizou-se e passou mesmo a ser abusivamente rotulada. E' esta uma doença da civilização, resultante da vida intensa dos nossos dias, do desgaste de energias físicas e mentais, das emoções repetidas, das toxicomanias e do estado de inquietação permanente do homem moderno.

*2. **Sintomatologia.*** — O creador da neurastenia considerava-a como uma moléstia nervosa funcional crônica, repousando sôbre um empobrecimento da fôrça nervosa, sôbre uma ausência de reserva nervosa, o que traria rápido esgotamento e exigiria, assim, novos dispêndios de energia. Haveria, dessa forma, ausência do poder inibidor físico e moral, uma fraqueza e uma instabilidade da ação nervosa, uma sensibilidade e uma irritabilidade excessivas e, consequentemente, o aparecimento de uma verdadeira legião de sintomas diretos ou reflexos.

A sintomatologia dessa doença é predominantemente subjetiva e, dado o fáto de terem os neurastênicos tendência a dissimular os seus sintomas sobretudo a origem dos mesmos, fácil é de se avaliar a perspicácia e habilidade com que o médico deve conduzir-se diante de um neurastênico.

A variedade dos distúrbios é de tal ordem, a forma pela qual se manifesta é tão subtil, que o próprio neurastênico necessita reduzir a escrito a gama infinita das suas sensações, para que nada olvide ao relatá-las ao médico.

Conforme o caso, o dia ou o momento, o neurastênico queixa-se sempre de uma infinidade de transtornos, de impressões, localizados na cabeça, no abdômen, no coração, nos membros. Não há órgão que escape à sensibilidade mórbida dos neurastênicos, não há função que não seja atingida, não há doença que o paciente não invoque para explicar os seus sintomas.

Na esfera nervosa, êsses doentes acusam comumente insônia rebelde e agitada; cefaléia e raquialgia; depressão acentuada; perda da capacidade para a realização de qualquer esfôrço mental; desordens da memória; incapacidade da atenção; frouxidão da vontade; hiperemotividade, com chôro fácil; labilidade nas afeições; ausência de estímulo; estado vertiginoso; ansiedade; fobias múltiplas, especialmente psicopatofobia e cardiopatofobia; distúrbios da visão; desordens circulatórias, em especial taquicardia e palpitações, com sensação de morte iminente; transvios nas funções digestivas; impotência sexual; adormecimento dos membros; cansaço rápido após pequeno esfôrço físico, etc.

3. ***Formas clínicas.*** — BEARD adotava a seguinte classificação: 1.º) neurastenia cerebral (mielastenia, esgotamento espinal); 2.º) neurastenia digestiva (dispepsia nervosa ou neurastenia gástrica de BURKART); 3.º) neurastenia sexual (esgotamento sexual); 4.º) neurastenia traumática (esgotamento traumático); 5.º) hemi-neurastenia (semi-esgotamento); 6.º) neurastenia histérica (esgotamento histérico).

Essa divisão de BEARD sofreu com o correr dos tempos várias modificações, si bem que, na sua essência, os quadros clínicos permanecessem os mesmos.

Cada país, com as respectivas escolas, admite classificações diferentes.

Entre nós, o Prof. ROXO considera a neurastenia como uma psiconeurose, que se poderia dividir em dois grandes grupos — a psicastenia e o nervosismo.

O Prof. AUSTREGÉSILO define a neurastenia como uma psico-neurose caracterizada pela astenia física e psíquica, fácil emotividade, irritabilidade mais ou menos acentuada e pelas fobias elementares.

Adotamos a seguinte divisão, que muito facilita a descrição dos sintomas e oferece vantagens na prática:

a) *Forma psicastênica*, na qual se notam sobretudo cansaço cerebral, depressão mental, capacete neurastênico, desânimo, acabrunhamento, hipocondria, convicção de incurabilidade do mal e, não raro, idéias de suicídio.

b) *Ergastenia*, cujo quadro é representado por sintomas físicos predominantes — fadiga, sensação vaga de adormecimento dos membros, repugnância por todo e qualquer esfôrço físico, estado de lassidão geral.

c) *Forma sexual,* caracterizada por impotência psíquica ou fraqueza genital; idéias obsidentes de natureza sexual; ejaculação rápida ou retardada; ausência de prazer na cópula, etc.

d) *Forma gastro-intestinal,* também denominada dispepsia nervosa, onde há atonia gástrica, inapetência, sensação de plenitude do estômago após a ingestão de pequena quantidade de alimentos; aerofagia; flatulência; coprostase.

e) *Forma cardíaca,* na qual o doente se queixa de pressão e distúrbios cenestésicos na região precordial, aceleração nos batimentos cardíacos, aritmias, crises de angústia com dispnéia e sensação de morte iminente.

E' evidente que tais formas quasi nunca são observadas distintamente, porquanto êsses sintomas se apresentam a cada passo associados, como também se nota a passagem de uma para outra forma no decurso da moléstia. Outras vêzes se nota, após um surto neurastênico, recidiva da mesma, tempos depois, com outro feitio clínico.

4. Estados neurasteniformes. Diagnóstico diferencial. — Costuma-se destacar, do quadro da neurastenia pura, uma série de estados neurastênicos, que lembram aquela, mas que, na realidade, são sintomas premonitórios de outras afecções mentais e nervosas. Assim, há a chamada neurastenia sifilítica, que tanto cede ao tratamento específico, como pode evoluir para uma forma de sífilis cerebral.

No início da paralisia geral, da melancolia, das psicoses senís, das esquizofrenias, das psicoses tóxicas, dos tumores cerebrais, surge habitualmente o quadro da neurastenia mascarando outros sintomas, razão por que a presença de tal síndromo exige rigorosa observação antes de se firmar um diagnóstico definitivo.

Os exames paraclínicos — *liquor,* sangue, radiológicos — são então de grande valia.

5. Decurso. — A evolução da neurastenia é mui variável. Quasi sempre curável, salvo nos casos em que há pesada herança, contudo há sempre tendência a recidivas, sob a incidência de fatores mórbidos, tóxicos ou emocionais.

Os casos agudos, que se instalam em indivíduo sem passado nervoso, são mais favoráveis. As formas que se desenvolvem em pessoas de constituição neuropata, taciturnas e misantropas, nas quais a neurastenia não é senão um agravamento do estado habitual, são de prognóstico menos benigno.

6. Tratamento. — O tratamento das formas neurastênicas consiste no isolamento, na psicoterapia, na administração de tônicos nervinos e sedativos, no emprêgo de digestivos e de dietética, na higiene

física, na hidroterapia e na terapêutica de choque febril, na opoterapia, de acôrdo com a forma clínica, a idade do doente, a duração da moléstia, etc.

7. Aplicações médico-legais. — O problema médico-legal da neurastenia tem dado lugar a inúmeras controvérsias.

Por vêzes, em consequência da extrema fraqueza irritável, os neurastênicos podem praticar átos de violência e impulsivos, em desacôrdo com os motivos que os determinaram. Convém, entretanto, salientar que, no grupo dos neurastênicos, têm sido indevidamente incluidos uma infinidade de quadros neuro-psíquicos.

O verdadeiro neurastênico não perde, no nosso entender, a sua capacidade de agir, podendo executar os átos da vida civil.

Adotando êsse critério, seguimos a orientação obedecida pelo nosso pranteado mestre FRANCO DA ROCHA, que a êsse respeito emitiu bem elaborado parecer, onde vem sintetizada a sua opinião.

Ei-lo :

CASO N.º 23. — *Neurastenia. Depressão psíquica. Parecer contrário à interdição.*

E., inglês, nascido no Brasil e aquí residente, solteiro, de 73 anos de idade, capitalista, mora atualmente à rua X, onde o examinámos.

EXAME SOMÁTICO. — E' um ancião de figura simpática, estatura regular ; usa barba ao natural, bem tratada, calvo, de cabeça bem conformada, não apresenta nenhum estigma somático de degeneração. O exame dos órgãos da vida vegetativa não revela lesão alguma apreciável. Pela auscultação se nota um ligeiro reforçamento das bulhas cardíacas, fáto naturalíssimo na sua idade. A existência do arco senil nos bordos da córnea em nada lhe perturba a função visual ; o gerontoxo é um fenômeno próprio da idade, bem como a falta de dentes e a calvície.

Seu estado geral de nutrição é bom ; corado, bem nutrido, é um homem relativamente forte e sadio para a sua idade. Dorme bem, alimentando-se regularmente, pôsto que se mantenha em dieta sêca, porque os líquidos lhe exacerbam a antiga dispepsia. De líquidos só usa um pouco de chá, que lhe não altera as funções gástricas.

O estado da sensibilidade, os reflexos, os movimentos, não saem dos limites normais.

O exame físico nos revela, portanto, um homem normal e bem disposto, embora já entrado na velhice, que é sempre acompanhada de um grau mais ou menos perceptível de debilidade física.

EXAME PSÍQUICO. — O examinando foi sempre considerado como *exquisitão* por algumas pessoas da própria família. Retraído, era pouco dado a frequentar a sociedade. Teve sarampo tardiamente, aos 18 anos de idade, doença que teve uma evolução anormal, acompanhada de graves fenômenos nervosos. Daí não lhe ficou, porém, nenhuma lesão permanente.

Sabemos pelo próprio paciente que a dispepsia concorria para lhe dar ao caráter um tom hipocondríaco, retraído, que fazia má impressão aos seus parentes. Supunha-se, há tempos passados, vítima de solitária, fáto êsse que não era real. Supôs-se, depois, vítima de sífilis e tomou preparados antisifilíticos. Também isso não era uma realidade. Teve, além disso, uma hidrocele, moléstia sem importância, da qual se curou ; também isso o preocupava bastante, há muitos anos.

Durante algum tempo entregára-se a estudos de filosofia e chegára a publicar opúsculos sôbre êsses assuntos, opúsculos em que apareciam muitas vêzes, nas entrelinhas, um sentimento misantrópico bem evidente. As expressões "celebérrima sociedade personificada", que lá aparecem a cada passo, indicam bem a tendência hostil à sociedade.

Conservou-se solteiro. Essa ausência de família e o fáto de possuir êle fortuna bastante para viver sem trabalhar, acentuaram-lhe o caráter misantrópico ; o temperamento nevropático expandiu-se então num estado de obsessão da dúvida, estado nevropático êsse a que os modernos neuriatras dão o nome de psicastenia.

Deixou-se ficar em casa, a escrever um diário no qual a obsessão da dúvida se revelava página por página. Descuidava-se dos negócios e dos seus haveres, fáto êsse que levou a família a pedir a intervenção da justiça. Foi levado à fôrça para uma Casa de Saúde, onde o relator dêste parecer o examinou então, faz agora 16 anos. O choque da transferência, à fôrça, operou um milagre fácil de compreender num nevropata, que não sofria de lesão orgânica, mas só de perturbação funcional da atividade psíquica. O examinando compreendeu imediatamente sua situação e revelou-se um homem normal. Nomeou procurador para cuidar de seus negócios e assim viveu muitos anos, passeando todos os dias pelo centro da cidade "para mostrar (dizia êle com muito espírito) à senhora *sociedade* que sou um homem normal, como qualquer outro".

Nessa ocasião o relator dêste parecer escreveu um laudo, do qual reproduzimos aquí as respostas aos quesitos.

Ao 1.º — Qual o estado de saúde geral do examinando?

Resposta : Regular.

Ao 2.º — Qual o seu estado em relação às faculdades mentais?

Resposta : E' um nevropata, desequilibrado, sujeito a obsessões e oscilações no seu estado mental. Atualmente, porém, está bom.

Ao 3.º — Nesse estado pode gerir sua pessoa e administrar seus bens?

Resposta : Sim, naturalmente pode.

Ao 4.º — E' curável a sua moléstia? Em quanto tempo?

Resposta : E' possível que a depressão mental que revela seu desequilíbrio, não apareça nunca mais, embora possa manifestar-se de novo. Quanto ao tempo nada podemos prever.

Eis aí o parecer de 1902. O fáto repetiu-se agora quasi com as mesmas particularidades.

Exame atual. — Fomos encontrar o paciente em sua casa, onde nos recebeu com toda a amabilidade. Com êle conversámos largamente, a sós, sem constrangimento algum.

Seu estado somático já o referimos no início dêste relatório.

Estado mental atual. — Inteligência normal. Compreende tudo perfeitamente; tem sua conciência alo-psíquica e auto-psíquica em perfeito estado. Não apresenta nenhuma desordem na associação de idéias ; não há perturbação na marcha do pensamento, nem aceleração nem inibição ; seu juízo crítico sôbre as cousas que vê e observa é o mais natural dêste mundo.

Sua atenção é normal.

Sua memória acha-se perfeitamente conservada, sem desintegração alguma.

Não apresenta nenhuma perturbação elementar das funções psíquicas ; não tem alucinações nem ilusões sensoriais.

Seu estado *afetivo* revela um colorido sarcástico, mordaz, contra a sociedade e suas exigências. Seu estado de humor, entretanto, é jovial e nada sofre, apesar dos

dissabores que sua misantropia lhe tem causado. Na esfera da vontade se revela um certo grau de *abulia*, que é essa indiferença pelos negócios, a inércia e incapacidade de resolver-se a sair, a mover-se. Êle não tem um móvel afetivo que o obrigue a isso.

Explica o abandono de seus interêsses pelo fáto de ter fortuna mais que suficiente para viver sem se incomodar, sem se afligir com o que possa perder por abandono.

COMENTÁRIOS. — O nosso examinando é oriundo direto de uma raça em que o *spleen* é fenômeno tão frequente e comum que forçou a língua inglesa a criar êste têrmo, que foi depois adotado pelos outros idiomas. O *spleen* é um pessimismo que toca às raias da hipocondria. Pessimismo e misantropia são fenômenos que se conjugam ; pertencem a um grupo de fenômenos nevropáticos, limítrofes entre o estado normal e o estado mórbido ; é o grupo das psiconevroses. Neurastenia, constituição emotiva, debilidade nervosa, nervosismo, etc., são denominações que se originam da séde das manifestações nevróticas. O mesmo doente pode estar, ora numa classificação, ora noutra. Si as manifestações se exercem na esfera orgânica da vida vegetativa, temos essa infinidade de tipos neurastênicos que vivem a consultar todos os médicos sôbre as suas perturbações funcionais, que êles supõem ser moléstia de alta gravidade. Si é mais na esfera moral que se revela o desequilíbrio funcional, temos a psicastenia nas suas múltiplas formas : — a obsessão, a dúvida, as fobias ou o sentimento vago de medo, que é o prisma de pessimismo por onde passam todas as suas idéias e pensamentos. Êsse estado afetivo ou sentimental, de grau mui variável de um indivíduo a outro, quando se acentua fortemente, se reflete sôbre a vontade e dá em resultado a abulia, tendência à inércia. O retraimento e a vida isolada são manifestações frequentíssimas de tal estado, sem que, entretanto, exista qualquer desordem mental das que se classificam como loucura. Nada disso.

O nevrótico é um anômalo só em face da sociedade ; separado desta, considerado por si só, independente do meio social, êle não tem fôrça de espécie alguma ; é um homem são. W. STEKEL, neuro-patologista vienense, diz com muita elegância e acêrto : "Os nevróticos, bem como certos criminosos inteligentes, não são mais do que revoltosos contra os imperativos do dever social".

O temperamento nevropático, desequilibrado, sôbre o qual floresce e cresce êsse caráter *exquisito*, revoltado e pessimista, pode coincidir com todos os graus possíveis de faculdades puramente intelectuais e imaginativas, desde a inteligência, banal ordinária, até ao talento e ao gênio. NIETZSCHE, SCHOPENHAUER, TOLSTOI, são exemplos brilhantes de gênios revoltados contra a ordem social. NIETZSCHE, principalmente, era um verdadeiro criminoso ou potencial, o tipo do nevrótico revoltado, que propunha se desprezassem todos os valores da sociedade atual. ZARATHUSTRA é, no entanto, admirado por todos os intelectuais como revelação genial. O grande escritor CARLYLE, dispéptico, teve uma época de retraimento em que se fechou em casa e foi preciso que lhe arrombassem as portas, para tirá-lo do estado de sequestração voluntária em que se achava.

O nevrótico de talento ou de gênio tem na produção das obras de arte o derivativo o desabafo, em que êle zurze à vontade a sociedade ; imaginàriamente êle realiza e vive o seu sonho na poesia e nas obras de arte que todo o mundo admira.

O nevrótico pobre de talento, não tendo o derivativo da arte, cai na nevrose de angústia ; é o pessimista, o spleenético, o misantropo, ou diremos numa só palavra — o desequilibrado.

Tudo isso é compatível com a lucidez intelectual, com a integridade do raciocínio, que só de tempos em tempos, por acessos, pode se apresentar desordenado.

No nevrótico, em geral, só a afetividade (os sentimentos, a emotividade) é que se apresenta perturbada. O nevrótico sofre de hiperestesia moral ; foge à sociedade e cai nesse estado de indecisão, de hesitação intelectual, que se revela por abulia e às vêzes por uma inútil e martirizante ruminação sôbre a sociedade, sôbre a ruindade dêste mundo, sôbre os átos que praticára, si fizera bem ou si fizera mal, a dúvida angustiosa, enfim, sem razão e sem causa.

Os nevróticos têm longos períodos de calma e sossêgo; não são criaturas condenadas a eterno e contínuo sofrimento, como se poderá erradamente supôr.

Nesses indivíduos as manifestações mórbidas podem desaparecer de súbito. Basta para tanto uma emoção forte e, às vêzes, uma causa poderosa, mesmo sem emoção alguma. A doente do Prof. DEJÉRINE, por exemplo, não podia fazer o menor trabalho porque seus braços caíam inertes, como paralizados; podia, entretanto, pentear-se demoradamente, com os braços erguidos nessa incômoda e estafante posição sem astenia alguma. Porquê? Porque tinha uma terrível hiperestesia do couro cabeludo e não podia permitir que outra pessoa a penteasse. O sentimento estético, a necessidade de ter os cabelos bem arranjados fazia desaparecer a amiostenia.

O examinando, que ora é objeto dêste parecer, entrou sùbitamente na vida normal, quando há 16 anos foi despertado e agitado pelo aparato de fôrças com que o levaram para uma casa de saúde.

Agora deu-se exatamente o mesmo fáto. O aparato de fôrça para a averiguação de seu estado, fato necessário e exercido dentro da mais rigorosa legalidade, despertou-o fortemente e o chamou à realidade da vida no meio social.

Essas considerações eram necessárias para esclarecer a anomalia que se notava no examinando.

Dito isso, passamos a responder os quesitos que nos foram apresentados:

Ao 1.º — O Snr. E. é um louco?

Resposta: Não apresenta nem um só sinal atual de loucura. E' um nevropata, sujeito às oscilações de depressão psíquica e abulia, mas não é louco.

Ao 2.º — No estado mental em que se acha o paciente, pode êle por si, ou por preposto de sua confiança, administrar os bens que possue?

Resposta: Sim. Pode perfeitamente administrar seus haveres por si ou por preposto de sua confiança. Como médicos podemos também acrescentar: é mais razoável que entregue a gerência de seus bens a um preposto de sua confiança, porquanto é um homem idoso e deshabituado de andar tratando de negócios. Só por isso; não porque tenha moléstia mental que o impeça de gerir seus bens.

PSICOPATIAS CONSTITUCIONAIS. ESTADOS ATÍPICOS DE DEGENERAÇÃO

1. Histórico. – 2. Classificação dos degenerados. – 3. Perversos do instinto de conservação. – 4. Definição e classificação das perversões sexuais. – 5. Sadismo. – 6. Massoquismo. – 7. Necrofilia. – 8. Bestialidade. – 9. Feiticismo. – 10. Exibicionismo. – 11. Homossexualidade. – 12. Frigidez. – 13. Ninfomania. – 14. Satiríasis. – 15. Onanismo. – 16. Tratamento. Aplicações médico-legais.

1. Histórico. — Si bem que os alienistas de todas as épocas se houvessem ocupado dos desequilibrados, dos tarados, dos predispostos de toda classe, a MOREL, alienista francês, cabe o mérito de ter reunido todos êsses casos num só grupo, enfeixando a síntese das suas conclusões em trabalho de grande fôlego intitulado "Tratado das degenerescências da espécie humana", que teve a mais larga repercussão no mundo científico.

Para MOREL, a degeneração seria um desvio mórbido que reconduziria o homem a um tipo primitivo, com o característico essencial de se transmitir por herança. As idéias do creador da doutrina da degeneração encontraram em MAGNAN um verdadeiro paladino e em MAX NORDAU um vulgarizador, os quais muito contribuiram para a generalização da teoria, que não tardou a invadir todos os campos da medicina, sobretudo mental, refletindo-se sôbre a criminologia e o direito, para constituir depois tema predileto dos literatos.

Para os propugnadores dessa doutrina, a degeneração não seria mero acidente ocorrido na esfera psíquica do doente, mas traduziria a existência de pesadas taras primitivas, originais, atingindo não só a família mas também a raça.

MOREL chamava a atenção para os numerosos sinais físicos consequentes aos desvios embriogênicos ou malformações, constituindo o que êle denominava estigmas de degeneração. A tais estigmas físicos ajuntou êle outros intelectuais e morais, com os quais estabeleceu encadeiamento e dependências recíprocas.

Os indivíduos portadores de estigmas de degeneração estariam expostos, constante ou periòdicamente, a uma série de desordens psíquicas, todas elas agrupadas no vasto e obscuro capítulo das nevroses e psicoses dos degenerados. Sabida é a influência decisiva exercida por tal doutrina sôbre a chamada escola antropológica italiana, a que

LOMBROSO emprestou o apôio da sua inteligência e prestígio, dando lugar á concepção do delinquente nato, que tão profundas e radicais transformações determinou no campo do direito penal, da criminologia e da ciência penitenciária, mercê sobretudo dos trabalhos de FERRI e GARÓFALO.

KRAEPELIN, encabeçando os psiquiatras da escola alemã, refutou a doutrina da degeneração creada por MOREL e magistralmente defendida por MAGNAN, baseado, sobretudo, no conceito da demência precoce.

KRETSCHMER reviveu, porém, em nossos dias, na sua tão conhecida doutrina das constituições, o valor das relações sômato-psíquicas, no estudo e na interpretação dos fenômenos psíquicos, tanto do homem normal como do psicopata.

Não é, assim, fácil resumir doutrinas tão debatidas, às quais cada escola dá orientação diferente, seguindo critério dispares na apreciação do valor dêste ou daquele sinal indicativo de degeneração.

A complicar inda mais o problema, há a se considerar a importância da endocrinologia, que veiu demonstrar o papel dos desvios glandulares no determinismo de muitos dos estigmas apontados como degenerativos, fáto demonstrado por PENDE e os da sua escola, ao cuidarem dos problemas biotipológicos, como fundamento da moderna psicologia criminal.

2. ***Classificação dos degenerados.*** — Segundo RÉGIS, as psicoses de evolução ou de degeneração são representadas por distúrbios psíquicos que afetam a mentalidade do indivíduo na sua própria constituição e não sòmente na sua atividade. Representando, assim, anomalias do órgão, as psicoses seriam, de certo modo, doenças da função.

O notável psiquiatra de Bordéus dividia as psicoses de degeneração em três principais grupos : 1) Desequilibrados (degenerados superiores), compreendendo os desharmônicos, os originais, os excêntricos. 2) Degenerados pròpriamente ditos (degenerados médios), abrangendo as degenerações simples e as psicoses dos degenerados. 3) Monstruosidades (degenerados inferiores), englobando a imbecilidade e a idiotia.

KRAEPELIN incluia todos êsses casos no grupo das personalidades psicopáticas, que, por sua vez, se subdividiriam em : *a*) os neuropatas ; *b*) os neuróticos obsessivos ; *c*) os excitáveis ; *d*) os instáveis ; *e*) os débeis da vontade ; *f*) os impulsivos, com exacerbação dos impulsos normais. Epilepsia afetiva ; *g*) os impulsivos patológicos ; *h*) os perversos sexuais (homosexuais, sadistas, masoquistas, fetichistas, exibicionistas) ; *i*) os discutidores ; *j*) os estravagantes ; *k*) os mendazes ; *l*) as personalidades histéricas ; *m*) os camorristas ; *n*) os associais.

DUPRÉ, no seu célebre relatório apresentado ao Congresso de Tunis (1912), faz um longo e bem documentado estudo sôbre o assunto, e um completo escôrço histórico da questão, recordando os

estudos de PINEL sôbre a mania sem delírio ; de PRITCHARD, sôbre a loucura moral ; de MOREL, sôbre as loucuras hereditárias ; de TRELAT, sôbre a loucura lúcida ; de MARCÉ, sôbre as inteligências anormais ; de FALRET, sôbre a loucura raciocinante ; comentando os trabalhos de DELASIAUVE, BRIERRE DE BOISMONT, DESPINE, MAUDSLEY, RÉGIS, GILBERT BALLET.

Termina aquele autor por propor a denominação de perversões instintivas, dizendo que se deve entender por êsse vocábulo "as anomalias constitucionais das tendências do indivíduo, considerado na sua atividade moral e social".

As perversões instintivas, segundo DUPRÉ, podem ser distribuídas em três grupos : 1.º) as relativas ao instinto de conservação — isto é, aos interêsses pessoais, egoistas, relativos à vida do indivíduo ; 2.º) as atinentes ao instinto de reprodução, a saber : instintos sexuais, genésicos, relacionados com a vida da espécie ; 3.º) as que concernem ao instinto de associação, como sejam os instintos coletivos, altruistas, relativos à vida em sociedade.

AFRÂNIO PEIXOTO subdivide os estigmas de degeneração em : 1) Anomalias da inteligência, da emotividade e da vontade. 2) Filias, fobias, obsessões, impulsões. 3) Perversões sexuais.

Na explanação dêste capítulo adotaremos, em suas linhas gerais, a orientação preconizada por DUPRÉ, cuja divisão se nos afigura simples, racional e lógica, permitindo o desenvolvimento metódico de um tema tão difícil quão debatido.

3. Perversos do instinto de conservação. — Não se limita, ensina DUPRÉ, o instinto de conservação apenas à nutrição, mas compreende, ao demais, a possessão de bens materiais (instinto de propriedade) e ainda o sentimento da personalidade nas suas múltiplas expressões.

Vamos analisar, sumariamente, os principais tipos de perversão dêste instinto :

a) Os *toxicômanos*. Indivíduos há, pertencentes a êste grupo, dotados de atração impulsiva e irresistível para as substâncias tóxicas. Tal é o caso do dipsomano, que, periòdicamente, é tomado por invencível tendência para usar e abusar das bebidas alcoólicas. O dipsomano, antes de se alcoolizar, já é um doente, não só em virtude de ser uma vítima da impulsão que o impele a beber, como pela debilidade da vontade, que se mostra impotente para frenar seus impulsos, conquanto esteja o paciente certo das tremendas consequências da sua fraqueza e manifeste sincero desejo de resistir à tentação mórbida. Dêle se apodera, porém, terrível angústia, que só desaparece quando se entrega ao alcool.

Há os que acusam marcada preferência para outros tóxicos, sobretudo para os opiáceos, o éter, o cloral, os barbitúricos, etc. São essas outras modalidades da toxicofilia.

Observam-se, frequentemente, casos em que o indivíduo passa de um para outro tóxico, levado pelo desejo de procurar novas sensações ou na impossibilidade de conseguir a substância entorpecente ou inebriante a que está habituado.

Temos, assim, observado morfinômanos que, não podendo obter a droga da sua eleição, buscam derivativo no alcool ou nos hipnóticos à base de luminal e seus derivados. Isso explica o fáto da grande maioria de morfinômanos serem também, intermitentemente, cocainômanos, barbituromanos e alcoólatras.

As intoxicações reiteradas acabam por afetar inda mais a vontade, por deturpar o caráter e provocar outros distúrbios psíquicos que provocam a desagregação da personalidade intelectual e sobretudo moral dos toxicômanos.

b) *Os pródigos.* E' a prodigalidade a expressão máxima da abolição do instinto de propriedade, instinto comum a todo homem civilizado, que é previdente e cauto.

Quando o paciente é destituido da noção do valor dos bens materiais e malbarata os haveres que possue por inconciência, ostentação, vaidade ou amor próprio exagerado, sem cogitar do futuro, comprazendo-se em delapidar o que lhe pertence, denota evidente aberração do senso comum.

O nosso Código Civil reconhece ser o pródigo um indivíduo anômalo, necessitando de proteção, tanto assim que cuida, nos artigos 459, 460 e 461, de amparar-lhe os bens, permitindo a sua interdição quando há interêsses de terceiros em jôgo : ascendentes ou descendentes.

c) *Os avarentos.* O avarento é o opôsto do pródigo. A avareza não caracteriza apenas uma exaltação do instinto de poupança e de previdência, que se observa até nos animais : Assim, até o cão que encontra um osso, mas não tem fome, vai enterrá-lo para devorá-lo em momento próprio.

O avarento faz economia visando não o objetivo dêle mesmo desfrutar os benefícios do que armazena, pois que passa as maiores privações, vencendo até a fome para nada dispender, não obstante se encontrar não raro na velhice, nos últimos tempos de sua vida, e em muitos casos sem ter siquer herdeiros. Trata-se, pois, de uma verdadeira aberração, que envolve o juízo crítico.

Rogues de Fursac, no seu clássico livro sôbre a avareza, salienta o fáto de ter o sovina, ao lado de uma hipertrofia do instinto de parcimônia, que é de ordem positiva, uma série de anomalias de caráter negativo, que traduz um enfraquecimento da atividade mental, entre

as quais ocupa o primeiro plano a atrofia dos sentimentos e a restrição das necessidades que não estão diretamente relacionadas com o instinto da economia.

d) *Os jogadores.* Certos indivíduos revelam perversão do instinto de propriedade, entregando-se a desenfreada jogatina, sem a menor noção do valor das somas que perdem, denunciando assim imprevidência, sêde de emoções fortes, maximé do risco, prodigalidade e, sobretudo, ausência de fôrça de vontade, que os arrasta a perder cada vez somas maiores, muitas das quais não lhes pertencem, donde os desfalques, seguidos das suas consequências.

Os degenerados com inclinação desmedida pelo jôgo não têm por objetivo ganhar, mas sim satisfazer a sua paixão mórbida. Tanto assim que malbaratam o dinheiro quando a sorte lhes favorece. Si perdem, não se detêm, não se comovem diante da penúria da família, caminhando para a ruina e até ao suicídio, mas não abandonam o malfadado vício.

O homem normal e até o avarento podem, por vêzes, entregar-se ao jôgo na expectativa de auferir lucro fácil, mas arriscam quantias compatíveis com as suas posses, sem se deixarem arrastar até o maior descalabro, como sucede com os degenerados jogadores.

e) *Os suicidas.* Nem todo suicida é um degenerado. Assim, o suicídio pode ser indício do mais elevado espírito de sacrifício, quando justificado por sentimentos de honra, nobres e elevados. Outros podem procurar a morte em consequência de um grave distúrbio mental, como acontece aos alucinados e aos delirantes com idéias de auto-eliminação.

O suicida-degenerado é levado a buscar a auto-eliminação por ausência ou perversão do instinto de conservação. Via de regra, trata-se de uma propensão familiar, que arrasta o indivíduo pelas razões as mais fúteis a atentar contra a existência, revelando o mais completo desprêzo pela vida. (V. capítulo "Do suicídio, da loucura suicida").

4. *Definição e classificação das perversões sexuais.* — O instinto de reprodução ou sexual visa a perpetuação da espécie. No homem, êsse instinto aparece tardiamente, ao passo que o de conservação individual se estabelece logo após o nascimento, como demonstra o fáto da criança praticar os movimentos de sucção do leite, ao sentir o bico do seio materno na boca.

Assim, na infância predominam os instintos que se relacionam com a nutrição do indivíduo ; mais tarde êsse instinto é dominado pelo sexual, que por sua vez cede lugar ao instinto social.

Um dos principais característicos dos estados de degeneração é a dissolução do instinto sexual. FERÉ entende serem as anomalias do instinto sexual resultantes de uma desharmonia entre a evolução psíquica e a somática. Os distúrbios da nutrição podem agir sôbre o instinto sexual como as desordens da evolução.

O professor LACASSAGNE aconselha a seguinte classificação no estudo dos desvios sexuais:

1.º GRUPO. — Formas patológicas relativas à quantidade:

a) Estados de aumento ou exaltação. Temperamento genital. Excitação genésica tão frequente em certas afecções: ataxia, raiva, tuberculose. Onanismo maquinal, automático. Satiríasis. Ninfomania. Crises genitais momentâneas. Exaltação acompanhando certos átos fisiológicos. Psicose puerperal, psicose da menopausa;

b) Estados de diminuição ou de torpor. Frigidez habitual ou momentânea. Impotência. Ausência congênita do apetite sexual. Erotomania.

2.º GRUPO. — Formas patológicas concernentes à qualidade:

a) Inversão do instinto sexual: duas formas correspondentes aos dois sexos: pederastia; tribadismo.

b) Desvios propriamente ditos, compreendendo: 1.º) a necrofilia, quer dizer, o amor pelo cadáver; 2.º) a bestialidade, isto é, o amor por um sêr vivo outro que a pessoa humana, pelo aninal; 3.º) o nihilismo da carne, o amor fetichista, a azoofilia, etc.

KRAFFT-EBING, grande autoridade na matéria, preconiza uma classificação clínica das psicopatias sexuais:

I. Paradoxia, isto é, emoção sexual surgindo fora da época normal dos processos anatômico-fisiológicos nos órgãos generativos.

II. Anestesia (abolição do instinto). Aquí não há excitação capaz de despertar a atividade sexual do indivíduo.

III. Hiperestesia (exagêro do instinto). Quando se verifica exaltação do instinto, a vida sexual impõe, com vigor anormal, excitações orgânicas, psíquicas e sensoriais.

IV. Parestesias (perversão do instinto sexual), isto é, a excitação sexual só se desperta mercê de excitações inadequadas.

Passamos, agora, a estudar as anomalias sexuais notadas com maior frequência.

5. *Sadismo.* — E' o sadismo uma perversão sexual que se traduz pela necessidade que tem o homem, para a satisfação do áto sexual, de infligir maus tratos à mulher, desde a injúria até as sevícias mais graves.

Deriva êsse nome do Marquês de Sade, de triste memória, que se celebrizou pelos seus átos sanguinários visando a satisfação de suas paixões mórbidas.

O Marquez de Sade, que faleceu em 1814, internado no Hospício de Charenton, deixou numerosos escritos, entre os quais os mais conhecidos são "Les crimes de l'amor"; "Justine et Julliete", onde vem relatada minuciosamente a aberração sexual que guarda o seu nome. A história registra casos célebres de sadismo, entre os quais Nero, Calígula, o Conde d'Ervaux, rei de Navarra, cognominado "O Malvado", o Marechal Gilles de Reys, condenado à morte por ter seviciado e trucidado para mais de oitocentas crianças com o objetivo de saciar a perversão horripilante que, segundo êle mesmo narra, se teria deflagrado após a leitura de um livro de Suetonio, contendo descrições dos costumes dos Césares, de Roma.

Entre nós se verificou o caso "Febrônio", do qual muito se ocuparam os legistas do Rio de Janeiro.

Os anais médico-legais estão cheios de observações, que demonstram ser essa infamante perversão sexual assaz frequente.

Ao sadismo podem se associar outras anomalias, como a necrofilia posterior (caso do preto Amaral, por nós relatado no fim dêste capítulo).

6. ***Massoquismo.*** — No massoquismo, ao contrário do que sucede no sadismo, o indivíduo só logra satisfazer o áto sexual quando maltratado, injuriado, desprezado, ameaçado e finalmente castigado fìsicamente pela mulher. Desta aberração sexual padeceu o famigerado escritor Leopold Sachér-Masoch, donde a origem do nome *massoquismo.*

O próprio Masoch se encarregou de propalar a sua anomalia sexual, escrevendo o romance "Venus aux fourrures", que a sua primeira mulher, Wanda Masoch, confirmou mais tarde, publicando as memórias intituladas "Confession de ma vie", onde vêm descritos, por miudo, os desvios sexuais do marido.

Si bem que seja o massoquismo menos frequente que o sadismo, não é excepcionalmente raro o seu aparecimento entre os degenerados com desvios do instinto de reprodução.

7. ***Necrofilia.*** — Uma das formas mais monstruosas e repelentes da degeneração sexual é sem dúvida a necrofilia, que leva o indivíduo a cohabitar com cadáveres.

A necrofilia foi objeto de cuidadoso estudo por parte de LEGRAND DU SAULLE, que no seu livro "La folie devant les tribunaux", narra o caso do Sargento Bertrand, exemplo clássico dessa anomalia pavorosa. "O caso de Poços de Caldas", muito bem estudado pelo Dr. SILVEIRA FORTES (de Cássia) é também típico.

A profanação de cadáveres tem-se verificado sobretudo nos morgues e nos cemitérios. Os portadores dessa horrível aberração do instinto de reprodução vão ao ponto de desenterrar cadáveres já em adiantado estado de decomposição, para saciar o instinto pervertido.

8. ***Bestialidade.*** — Quando o degenerado busca animais para a realização do congresso sexual, tal anomalia é denominada *bestialidade*. Segundo reza a história, a bestialidade era conhecida já em tempos imemoriais. A sua origem teria sido fruto de uma vingança de Venus. Assim, o célebre Minotauro, monstro metade homem, metade bovino, resultou da união de Pasifa, mulher de Minos, e de um touro alabastrino.

Nas populações selvagens e primitivas, tanto da África, da Ásia, como da América, a bestialidade é comum, a se julgar pelas descrições dos autores que se têm ocupado dos seus costumes. Curioso é o fáto de legislações passadas se referirem à bestialidade, punindo severamente os seus autores. A constituição criminal de Maria Teresa condenava à morte o homem e o animal.

9. ***Feiticismo.*** — Dá-se o nome de feiticismo ou fetichismo à perversão sexual em que há exaltação libidinosa provocada pela representação das diversas partes do corpo ou do vestuário do outro sexo.

O principal característico do feiticista consiste no fáto de não se sentir atraído pelas partes do corpo que costumam despertar a excitação sexual ao comum dos homens (seios, pernas, etc.). Em outros, o elemento patológico reside na necessidade do indivíduo buscar a excitação sexual em objetos de adôrno ou no vestuário do outro sexo (sapatos, meias, lenços, peles, ligas, etc.).

10. ***Exibicionismo.*** — Os portadores desta perversão são levados a exibir as partes pudendas, buscando sobretudo lugares frequentados por mulheres e crianças. Certos exibicionistas não se limitam a descobrir os órgãos sexuais, outros porém se entregam a átos obcenos (masturbação, etc.).

11. ***Homossexualidade.*** — Toda vez que o indivíduo, ao invés de sentir atração genital pelos do sexo opôsto, busca os do próprio sexo, há inversão sexual ou homossexualismo.

De acôrdo com KRAFFT-EBING registram-se várias formas :

a) Com a sensação sexual homossexual existe também, mais ou menos pronunciada, a sensação pelo outro sexo (hermafroditismo psicosexual).

b) Não existe senão inclinação pelo próprio sexo, os caractéres sexuais físicos secundários são normais, os psíquicos podem apresentar inversão.

c) Os caractéres sexuais psíquicos são invertidos, quer dizer, diridios para a sexualidade anormal (efeminização, viraginidade).

d) Os caractéres sexuais físicos secundários se assemelham, também, aos do sexo pelo qual o paciente se sente pertencer (androginia, ginandria).

O mesmo autor estabelecia ainda sub-categorias no homossexualismo:

a) Reversão simples da sensação sexual.

b) Eviração e efeminização. Sobreviriam, então, por partes, modificações profundas e duráveis da personalidade, no sentido do outro sexo.

c) Etapa de transição para a metamorfose sexual. A sensação física toma também forma no sentido do outro sexo.

d) Metamorfose sexual paranoide. Na realidade, tratar-se-ia de um estado mental mórbido, e isso sob a forma paranoide. O doente crê, então, pertencer ao outro sexo.

A Sodomia (de Sodoma, cidade da Palestina onde campeava tal aberração), que é também designada por Uranismo, termo preconizado por ULRICHS, de Uranus. Lê-se no Banquete, de PLATÃO, onde, segundo MOLL, ULRICHS foi buscar o termo, o seguinte: "O amor de Eros Pandemos é o alimentado pelos homens comuns; Eros de Urania, pelo contrário, não escolheu nenhuma parte feminina, mas preferiu a parte masculina, e êste é o amor pelos meninos. E' por isso que os indivíduos animados dêsse amor se dirigem ao sexo masculino". Tal perversão, também conhecida por pederastia (do grego — amor pelas crianças), consiste na perversão sexual que leva o homem à procura de outro homem, permanecendo, em regra, indiferente à mulher. Tal aberração data de tempos remotíssimos. Da Àsia teria passado à Grécia, depois a Roma. Seria longo estudar a sodomia através dos tempos. Basta lembrar existirem referências a essa anomalia sexual em PLATÃO, HOMERO, PLUTARCO, ARISTÓTELES, HERODOTO, HIPÓCRATES, ANACREONTE e muitos outros.

LEONÍDIO RIBEIRO, no seu bem documentado livro "Homossexualismo e Endocrinologia" cuida do assunto com grande proficiência, estudando o problema em nosso meio, reunindo numerosas observações.

O amor entre as mulheres, a se julgar pelos dados existentes na história, era já conhecido em remota antiguidade. Conforme a modalidade das relações entre as mulheres, dá-se-lhe o nome de Safismo ou Lesbismo, quando se trata de "lambendo língua genitalis" e de Tribadismo, quando há prática do coito, à maneira do homem "imissio clitoris in vaginum alterino".

12. *Frigidez.* — A indiferença sexual tanto pode ser observada no homem como na mulher. No homem, a frigidez deriva geralmente de uma doença nervosa afetando a medula ou de uma afecção dos

testículos (tuberculose, etc.). Há casos, entretanto, de indivíduos jovens, aparentemente sadios, que não acusam a mais leve inclinação sexual. E' preciso salientar serem tais casos de anafrodisia raros.

A frigidez na mulher, segundo W. STEKEL que esgotou o assunto, é um sintoma psíquico e não orgânico. E' tão frequente a frigidez feminina, que se não a pode considerar como índice de degeneração.

*13. **Ninfomania.*** — A excitação sexual, quando exagerada, atinge as raias do furor erótico e se denomina ninfomania.

Segundo BALL, existiriam duas formas, uma crônica, menos perigosa que se manifestaria por grande exaltação sexual; outra aguda, não raro acompanhada de febre, de prognóstico sério, pois que liquida pela alienação mental e pela morte.

Característico essencial da ninfomania é o fáto da doente se mostrar insaciável na satisfação do desejo sexual.

Essa aberração, diz CABANIS, transforma a donzela mais tímida numa bacante, e o pudor o mais delicado numa audácia furiosa.

*14. **Satiríasis.*** — A satiríasis é uma anomalia peculiar ao sexo masculino, caracterizada por desusada exaltação genésica, por ereção quasi permanente e ejaculações repetidas.

Como na ninfomania, na satiríasis a repetição do coito, longe de acalmar a excitação erótica, ainda mais a exalta.

*15. **Onanismo.*** — O termo onanismo foi empregado por TISSOT e provém de Onania, palavra empregada por um autor inglês, em virtude do pecado de Onan, de que falam as sagradas escrituras. Onan, filho de Judas, casou-se com Thamar, viuva de seu irmão Her, e não desejando ter filhos, para não ser obrigado a dar o nome do irmão, de acôrdo com o rito da antiga lei egípcia, lançava fora o semem.

Hoje se denomina onanismo ou masturbação (de manus, mão, e stupro, eu corrompo) a prática que consiste em provocar a ejaculação por meio de manobras manuais.

Frequente nos adolescentes, o onanismo se transforma por vêzes em anomalia incorrigível, peculiar a certos degenerados, que só se satisfazem recorrendo ao vício solitário, de que usam e abusam.

*16. **Tratamento. Aplicações médico-legais.*** — Os anômalos morais, os perversos, os indivíduos apresentando estados atípicos de degeneração são frequentemente apontados como autores de átos delituosos, que exprimem as suas próprias tendências mórbidas.

Tais pacientes, entretanto, revelam muitas vêzes certa agudeza de inteligência e não apresentam distúrbios psíquicos caracterizados por alucinações ou idéias delirantes. Daí é fácil de se avaliarem as discussões infindáveis suscitadas quando tais indivíduos comparecem perante à justiça.

Verdade é que o problema tende a se simplificar à medida que o conceito da responsabilidade vai sendo substituido pelo da perigosidade oferecido pelos anômalos mentais.

Si por um lado não seria justo nem humano ou equitativo fazer recair sôbre êles pena condenatória, equiparando-os às pessoas normais, por outro a sociedade não pode ficar exposta às reações mórbidas de degenerados incapazes de se adaptarem ao meio em que vivem, sujeitos que estão a reações violentas e intempestivas, comprometendo a tranquilidade, a propriedade e a integridade física dos seus semelhantes.

DUPRÉ, no seu já citado relatório sôbre as Perversões instintivas, apresentado ao Congresso de Tunis (1912), formulou as seguintes conclusões terapêuticas e médico-legais, que se nos afiguram admirável síntese do problema, razão porque vão adiante transcritas : "Ao terminar esta exposição, a perversidade instintiva surge como uma forma da debilidade e do desequilíbrio psíquico, que complicam sempre as diversas associações patológicas, notadamente as anomalias da inteligência, do caráter, do humor, da atividade, as quais se traduzem, na prática, por átos anti-sociais os mais variados.

A perversidade dos instintos, sendo constitucional, escapa, nas formas graves, a toda terapêutica. Nas suas formas médias e, sobretudo, leves, parciais, é ela suscetível, na medida que o permitam as outras anomalias, na sua maioria igualmente constitucional que a êle se associam, de ser mais ou menos corrigida, e favoravelmente influenciada pela educação, pelo exemplo e pela cultura moral. Mas tais sucessos, frequentemente mais aparentes que reais, mais efêmeros que duráveis, são, na realidade, proporcionais na sua importância, a benignidade do estado patológico. A emenda moral do perverso é uma ilusão ; sejam filantropos ou otimistas, que acreditam na virtude concernente ao coração humano e procuram as raízes do vício em tôrno e não no indivíduo ; seja de psicoterapeutas teóricos que acreditam na ação benfazeja do raciocínio e na reconstituição de uma mentalidade pela dialética ; seja por espíritos religiosos, que acreditam na graça e na redenção do pecador. Esta ilusão sentimental é, aliás, quasi sempre, a despeito das lições da experiência, compartilhada pelas famílias dos indivíduos perversos.

As medidas mais eficazes são, quando a internação não se impõe, a aplicação de métodos psico-pedagógicos relacionados com o caso considerado, a disciplina, a severidade a educação pelo encaminhamento ao trabalho e a ação constante do exemplo. Essas medidas de higiene e de reeducação moral podem ter uma influência feliz sôbre os indivíduos não perversos, mas apenas débeis da sensibilidade moral, por agenesia relativa, por insuficiência do desenvolvimento das tendências afetivas e altruistas. Êsses débeis morais, preservados dos maus contágios, poderão beneficiar das felizes influências do exemplo e da psicoterapia.

E' nesse mundo de perversos que se recrutam os delinquentes e criminosos habituais. A observação objetiva demonstra a incorrigibilidade dêsses indivíduos, incapazes de adaptação social e de emenda sincera ou durável, sempre na iminência de revolta e de atentados, e nesse estado perigoso, cujos elementos e gravidade foram tão bem analisados pelo Prof. GARÇON, do ponto de vista dos problemas pelos mesmos delineados perante o Direito Penal. A maioria dêsses delinquentes recidivistas demonstram, pela sua própria vida, sua inintimidabilidade diante da pena, pelo menos perante as penas inteiramente insuficientes que lhes são impostas. A repressão deveria ser também mais severa, sinão para intimidar o criminoso, pelo menos para eliminá-lo da sociedade por um longo tempo ou perpètuamente. Sem abordar a questão da responsabilidade, muito importante para ser aquí examinada, pode-se afirmar que o estudo das perversões instintivas, mostrando as relações íntimas que existem, sôbre o terreno do desequilíbrio mental, entre os psicopatas e os viciosos, entre os amorais e os criminosos habituais, mostra o êrro e o perigo da doutrina atual da responsabilidade, e dá todo o valor às conclusões que o Prof. GILBERT BALLET formulou em Genebra, em 1897.

E' preciso substituir a noção metafísica e arbitrária da responsabilidade pela noção positiva e objetiva da nocividade, da temibilidade do perverso e do criminoso, crear estabelecimentos especiais intermediários entre o asilo e a prisão, asilos de segurança para anormais perigosos, difíceis, etc., em uma palavra, para os indivíduos portadores de perversões instintivas".

Entre nós, êsse critério foi adotado e não foi sem grande satisfação que ouvimos de uma autoridade incontestável no assunto, OSVALDO LOUDET, no Primeiro Congresso Latino-Americano de Criminologia (Buenos Aires, 25-31 de julho de 1938), ao se referir ao Manicômio Judiciário de São Paulo, as seguintes palavras: "uma obra que não tem igual na América, nem no mundo, porque não existe outro manicômio judiciário dessa importância".

Nesse mesmo Congresso, o Prof. LOUDET, relatando o tema "Os índices médico-psicológicos e legais da perigosidade", concluiu:

a) Na apreciação da perigosidade do indivíduo delinquente devem-se considerar índices médico-psicológicos, índices sociais e índices legais.

b) Os índices médico-psicológicos e sociais esclarecem e explicam os índices legais.

c) Não sendo os índices legais, em numerosos casos, elementos suficientes para julgar o grau de perigosidade de um indivíduo, a simples reincidência legal não deve servir de critério exclusivo para elevar a gravidade da sanção e impedir os benefícios da liberdade condicional.

Comentando o trabalho do Prof. LOUDET, o Prof. H. CARRILHO, diretor do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, fez extensas considerações, onde se lê: "No Brasil, os indivíduos absolvidos por enfermidade ou anormalidade mental e julgados perigosos são internados sistematicamente nos Manicômios Judiciários que representam, antes do mais, órgãos legítimos de defesa social".

Ao fazer uso da palavra, na mesma ocasião, emitimos a nossa opinião a respeito, dizendo : "Desejo reforçar os conceitos dos professores LEONÍDIO RIBEIRO e HEITOR CARRILHO e apoiar integralmente as conclusões do brilhante, conciso e profundo estudo apresentado pelo Prof. LOUDET, que entende deverem prevalecer os critérios médico-psicológicos sôbre os critérios sociais na apreciação da perigosidade.

Tais conclusões decorrem da nossa experiência no Manicômio Judiciário de São Paulo.

Quando se trata de apreciar o grau de perigosidade dos indivíduos colocados na zona fronteiriça, daqueles aos quais os psiquiatras franceses antigos denominavam morcegos, porque os morcegos têm asas e não são pássaros, têm pêlos e não são animais pilíperos. Entendo que a sociedade não deve pagar o tributo que significa colocar êstes indivíduos em condições de não poder reincidir na prática delituosa.

Isto é, não obstante, o que sucede no meu país e possivelmente em todos os países da América. Os códigos penais não levam em conta, ao abordar o problema da criminalidade, os fatores médico-psicológicos. E' preciso que um indivíduo cometa um delito, é necessário que a sociedade pague um largo tributo para que depois sejam êles internados nos manicômios judiciários em condições de não reincidir.

Idêntico fato se verifica com a responsabilidade atenuada. Faz-se recair sôbre tais doentes, partindo do critério dos índices legais, uma responsabilidade decorrente dos seus átos : são via de regra personalidades psicopáticas, semi-alienados sôbre os quais são condenados sem o merecerem e que voltam depois à sociedade com o mesmo grau de perigosidade latente, pronta a explodir no meio social.

O Prof. LOUDET precisou tais casos, dividindo-os em alienados e semi-alienados, indivíduos de constituição psico-patológica. E' evidente que a apreciação da responsabilidade e da culpabilidade dos indivíduos normais compete ao critério dos juízes ; porém, assim como a opinião de um médico pode evitar que se interne em um hospital comum um doente que constitue um perigo para o meio social, pode também influir para que um indivíduo que apresente certos índices médico-psicológicos de certa normalidade permaneça recolhido, sem que seja necessário reincidir na prática delituosa, para que cáia de novo sob a ação judicial. Muitos indivíduos, que revelam alto grau de perigosidade, não puderam ser retidos por falta de índices médico-

psicológicos; tornou-se necessário que êsses indivíduos reincidissem no delito para que a máquina judicial voltasse intervir.

Por essa razão adiro à tese que, com tanto brilho, defende o professor LOUDET".

A nova orientação se nos afigura muito mais feliz, pois sôbre ser justa e humana preserva a sociedade dos elementos nocivos e perigosos pela sua morbidez psíquica.

CASO N.º 24. — *Loucura moral. Inúmeros crimes, culminando por um homicídio.*

Giuseppe L., italiano, branco, de 45 anos de idade, solteiro, natural de Palermo, recolhido ao Hospício, para observação, em 27 de novembro de 1907.

HISTÓRICO. — Foi processado por crime de ferimentos em 1900; novamente por idêntico motivo em 1902; por ébrio e desordeiro em 1904; por crime de ferimentos em 1904, por vagabundagem em 1905; por quebra de têrmo em 1905 e, finalmente, por crime de homicídio, praticado dentro da Cadeia Pública, em 1906; ao todo sete processos e oito prisões verificadas.

Os informes que do próprio paciente poderíamos obter sôbre seus antecedentes de família não mereceriam muita fé, exceto alguns fátos que, por êle ingenuamente denunciados, têm toda a aparência de verdade. Diz, por exemplo, que seus pais faziam uso contínuo de bebidas alcoólicas às refeições, mas que se não embriagavam. Não sabe si êles sofreram de moléstia nervosa. Diz, entretanto, que seu pai é um homem irascível, se enfurece por motivos fúteis, embora nunca tenha feito mal aquem quer que seja.

O paciente entregava-se outrora ao vício do onanismo, e, informa ainda, quando abusava da masturbação tinha uma espécie de ataque e chegava a cair sem sentidos. Esta informação é de grande valor e nos traz muita luz sôbre o seu procedimento nestes últimos tempos.

Diz ter tido febres na Itália, mas não sabe de que espécie eram tais febres.

Abusava o paciente das bebidas fortemente alcoólicas, para as quais tinha avidez quando trabalhava em serviço de padaria. Êsse fáto é bem verdadeiro, porquanto o paciente tem sido prêso por ébrio e desordeiro.

EXAME SOMÁTICO. — Os fátos que impressionam pelo exame físico do paciente são os seguintes: assimetria das orelhas; implantação viciosa dos dentes e dentes supranumerários; abóbada palatina disforme; tremores fibrilares na língua; reflexos exagerados; um certo grau de anestesia em diversos segmentos dos membros e diversas cicatrizes de antigos ferimentos que se lhe notam no couro cabeludo.

Além disso, sofre de insônia.

As medidas antropométricas nos dão o seguinte resultado:

Altura		1m,55
Grande envergadura		1m,58
Diâmetros da cabeça	ant-posterior	0m,19
	bizigomática	0m,14
	transversa	0m,15
Curvas	ant-posterior	0m,315
	bi-auricular	0m,29
	circunferência	0m,565

Essas medidas não revelam nenhum fáto anormal.

Exame psíquico. — Nada podemos saber ao certo em relação ao seu desenvolvimento mental no correr dos primeiros vinte anos de existência. Muitos fátos dessa fase, de sua vida, que teriam para o nosso exame não pequena importância, são quasi inteiramente ignorados.

Recorremos ao exame dos documentos que instruem os sete processos e aí encontramos elementos que já nos permitem formar juízo sôbre o paciente.

Giuseppe L. é um homem sem instrução, boçal, quasi analfabeto. De temperamento violento, se enfurece pelo motivo mais fútil e investe com raiva epileptoide contra a pessoa que o desagrada. A faca é seu instrumento predileto; com facadas responde êle a quem por acaso lhe faz uma careta. Certa ocasião, na casa de uma senhora que o protegia, vendo L. que a senhora estava zangada e discutia azedamente com alguém, aproximou-se êle com esta frase: *"Senhora, quer que mate o homem?"*. Frase essa que por si só caracteriza a mais arrematada imbecilidade moral. Seu defeito de caráter, isto é, a insensibilidade moral, não lhe permite ver as cousas com reflexão além de um raio muito curto ao redor do seu Eu selvagem e brutal. Conhece as palavras justiça, socialismo, direitos do homem e outras semelhantes, mas não lhes conhece a significação; são palavras ôcas que lhe não evocam sentimentos éticos correspondentes. Compreende êle vagamente o sentido de tais palavras, mas sòmente em referência à sua pessoa; não em relação ao próximo. Isso se depreende claramente de sua conversação. Tirar a vida a alguém parece-lhe cousa mui simples e lógica, desde que essa pessoa o incomode. E' isso que êle chama *direito*! Injustiça, na sua opinião, é condená-lo por êsse fáto. A-pesar-de todos os delitos cometidos, julga L. que ninguém tem mais direito do que êle à liberdade.

Eis aí, em poucas palavras, o homem que nos foi entregue para ser examinado.

Num parecer médico-legal não é oportuno enterreirar e discutir doutrinas de criminologia, nem procurar discernir a parte que cabe ao meio social como fator da criminalidade, embora seja verdade que o meio social tem sua influência no determinismo do crime. O outro fator, porém, o fator individual, é o elemento mais importante na produção da criminalidade. O indivíduo que nasceu com o cérebro tarado, o degenerado, que manifesta claramente todos os sinais de imbecilidade moral, agravada ao demais pelo abuso do alcool, deve ser sequestrado da sociedade, que tem nele um inimigo e uma contínua ameaça. A sociedade tem o direito de torná-lo inofensivo, com a condição de o tratar humanamente.

Conclusão. — Os estigmas somáticos e psíquicos que encontrámos em Giuseppe L., tomados isoladamente seriam ridícula prova de degeneração; o conjunto, porém, é por demais significativo e revela a loucura moral de modo a não deixar dúvidas.

Giuseppe L. é, a nosso ver, um degenerado — um caso de *moral insanity* dos psiquiatras ingleses, de loucura moral — um criminoso-nato de Lombroso e seus discípulos. E' um homem perigosíssimo, que deve ser mantido em condições de nunca poder praticar o mal.

E' o nosso parecer, que assinamos.

Hospício de Juquerí, 9 de dezembro de 1907.

(*aa.*) Dr. Franco da Rocha – relator.
Dr. A. Vieira Marcondes.

CASO N.º 25 — *Um sádico-necrófilo. O preto Amaral.*

Uma pessoa que ao anoitecer do dia 1.º de janeiro de 1927 transitava pela estrada velha de São Miguel, nas vizinhanças da cidade de São Paulo, deparou, pouco mais ou menos no quilômetro 39, no lugar denominado Vila Esperança, o cadáver de um menor de 14 anos de idade presumíveis, vestindo apenas uma camisa curta em farrapos.

O cadáver encontrava-se em decúbito lateral esquerdo, num atalho da estrada.

Impressionado com o sinistro achado, o transeunte levou o fáto ao conhecimento da polícia.

Horas depois, compareciam ao local indicado as autoridades acompanhadas do médico-legista Dr. Azambuja Neves.

Num atalho da estrada de São Miguel, a uns três quilômetros da Penha, próximo da última bomba de gasolina das que existem naquela estrada, jazia o corpo de um menor.

Era um menino de côr branca, claro, de olhos verdes, cabelos castanhos, aparentando 14 anos de idade. Apresentava, atado fortemente ao pescoço, um cinto de brim branco de 85 centímetros de comprimento.

Do minucioso exame procedido pelo médico-legista, concluiu êste que o menor havia sido estuprado e enforcado pelo seu algoz, devendo ter ocorrido a morte entre 15 e 16 horas.

Nos terrenos adjacentes ao local onde jazia o cadáver, as autoridades não encontraram as roupas da vítima ou qualquer outro vestígio que trouxesse luz sôbre o caso.

Tratava-se, pois, de um crime misterioso a esclarecer.

A polícia procurou logo estabelecer a identidade da vítima, o que conseguiu no dia seguinte ao do encontro do cadáver, por intervenção de um carroceiro que reconheceu na vítima do nefando crime o seu irmão A. L., de 15 anos de idade, operário de uma fábrica de tecidos, que na manhã de sábado, 1.º de janeiro, saíra de casa com destino ao trabalho, não mais voltando.

Estava a polícia procedendo às necessárias indagações, quando apareceu no Gabinete de Investigações um trabalhador, pedindo que o encaminhassem à autoridade competente, pois desejava prestar algumas declarações.

Disse êste que, tendo lido nos jornais a notícia do horripilante crime, tinha motivos para suspeitar de um determinado indivíduo, um preto que vira exatamente na manhã do dia 1.º em companhia de dois menores, um dos quais com os sinais descritos nas notícias divulgadas pela imprensa.

Declarou ainda que vira o referido preto almoçando com um dos menores, no restaurante onde costumava tomar suas refeições. Durante o almôço, pela conversa, depreendeu o declarante que o preto, momentos antes havia jogado o 21 com diversos indivíduos e que depois disso encontrára os dois menores nas vizinhanças de um mercado de frutas, próximo ao restaurante onde almoçára. O preto, que durante a refeição bebeu em companhia do menor uma garrafa de vinho, pagou o almôço e deu ao menor uma prata de 2$000.

Ao terminar as suas declarações, o trabalhador que presenciara a cena do botequim disse que o aludido preto era pessoa conhecida nas imediações do mercado, pois tratava-se de um vagabundo que vivia da exploração do jôgo de cartas daquelas redondezas.

Diante disso, a autoridade destacou agentes para capturar o indivíduo suspeito, o que foi feito às 16 horas, aproximadamente, dêsse mesmo dia.

Levado à presença do Delegado de Investigações e Capturas, declarou chamar-se J. A. do Amaral, solteiro, com 56 anos, natural de Conquista, no Estado de Minas Gerais.

Interpelado sôbre os seus antecedentes, fez considerações sôbre a sua vida acidentada e confessou-se o autor não só do horripilante delito da estrada de São Miguel como de outros que diz ter praticado no decorrer de dezembro último.

Com grande cinismo e relativa indiferença, o criminoso descreveu com minúcias as circunstâncias do seu último crime :

Encontrara o menor, quando em companhia de outros jogava níqueis nas proximidades do mercado de verduras, e convidou-o para almoçar em sua companhia no Restaurante Meio Dia. Dalí se dirigiram para o largo do Mercado, onde tomaram o bonde para a Penha. Como se tivesse acamaradado com o pequeno, a quem pagou

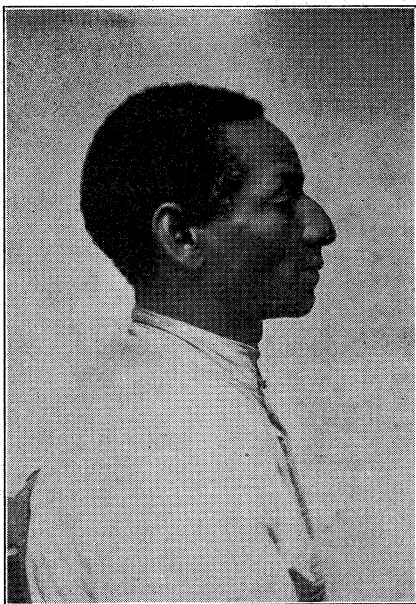
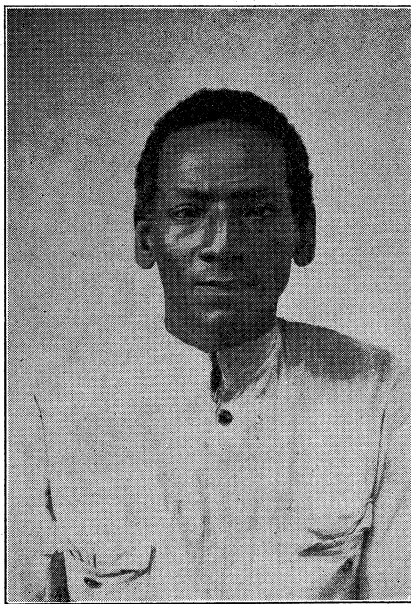



Fig. 47 O preto Amaral Fig. 48

a refeição, dando-lhe ainda 2$000, êste de nada suspeitara e acompanhou-o porque tinha parentes na Penha e costumava ir às vêzes àquele bairro.

Apeando-se no ponto final da linha, ganharam a estrada de São Miguel, em cujos botequins êle, Amaral, tomou alguns tragos de aguardente. E prosseguiram a jornada.

Ao chegarem a um lugar escuro, de onde se desdobra uma sucessão de colinas, pouco mais ou menos no quilômetro 39, enveredou por um atalho da estrada recém-construída e aí, sem nada dar a perceber ao menor, nele se atracou num movimento brusco e, enlaçando-o fortemente com o braço esquerdo, esganou-o com a mão direita.

O menor, sem nenhuma resistência, empalideceu e desmaiou. Ao abandoná-lo no chão, estava morto. Arrebatou-lhe então as calças, rasgou-lhe a camisa e satisfez sôbre o cadáver seu apetite mórbido.

Concluída a sua narrativa, o preto Amaral passou a enumerar, espontaneamente, um série de outras proezas não menos torpes, que diz ter praticado no decorrer do mês anterior.

Assim, declarou que o crime de São Miguel é o quarto que praticava em idênticas circunstâncias.

Certa vez, em dezembro do ano findo, passando pela Avenida Tiradentes, encontrou, sentado num banco, sob as árvores, um rapaz de cêrca de 16 anos. Aproximára-se do desconhecido. O jovem pedira-lhe um cigarro. Déra-o. Em seguida, como o rapaz lhe declarasse estar com fome e sem recursos, conduziu-o para o botequim do Cunha, na esquina daquela avenida com a rua João Teodoro. Deu-lhe de comer. Daí rumaram para o Campo de Marte, onde, em lugar ermo, por detraz de um bambual aí existente fora da cêrca, o atracou nas mesmas circunstâncias do crime há dias praticado. O rapaz opôs resistência, mas teve que ceder ao vigor da

sua musculatura. E desfaleceu, seguindo-se o estupro. Em seguida, abandonando o cadáver, tratou de fugir.

O outro caso, alegára o malfeitor ter ocorrido no mesmo Campo de Marte, para onde encaminhára um menor de cêrca de 12 anos, filho de uma viuva, e que encontrára no alto do Parí. Convidou manhosamente a ir à sua casa, afim de buscar umas gaiolas e, uma vez em lugar ermo, estrangulou o menor, seguindo-se cena idêntica às dos casos anteriores.

Finalmente, relatou o quarto caso, ocorrido debaixo da ponte do Tamanduateí, na rua João Teodoro. Encontrára o menor, um engraxate, em frente ao Braz Politeama, na avenida Celso Garcia. Jeitosamente induzira-o a acompanhar até aquele local. A vítima, apanhada de surpreza, foi agarrada pelo pescoço, caindo desfalecida. Nesse momento alguém que passava pela ponte aí estacionou. Receioso de ser surpreendido, abandonou a sua vítima e fugiu. No dia seguinte, voltando ao local, já não mais encontrára o cadáver.

As autoridades policiais duvidaram a princípio da veracidade das revelações do criminoso.

Nesse mesmo dia, porém, comparecia à polícia o carregador Carmine P., que, tendo lido nos jornais as notícias dos crimes do preto Amaral, desejava comunicar à polícia que uma das vítimas havia sido o seu filho Rocco, de 9 anos de idade.

Tratava-se do pequeno engraxate que o preto atraíra debaixo da ponte da rua João Teodoro.

Disse o pai do menor que Rocco se encontrava na noite de 13 de dezembro na porta do Braz Politeama, à avenida Celso Garcia, quando foi abordado pelo preto, que o convidou a fazer um pequeno carreto, mediante o pagamento de 4$000.

Anuindo ingenuamente, o menor seguiu-o até as proximidades da ponte sôbre o Tamanduateí, próximo da estação da Cantareira.

Aí, em lugar ermo e mal iluminado, o preto sùbitamente o atracou, procurando estrangulá-lo. Precisamente nessa ocasião, uma pessoa estacionou na ponte. Receioso de ser surpreendido, o preto fugiu, abandonando a sua vítima. Momentos depois, o pequeno voltou a si e pôs-se a gemer, sem ter perfeita compreensão do que se passára. Os gemidos da criança foram ouvidos por um "chauffeur", que, em companhia de outras pessoas, levou o pequeno à casa de seus pais.

A autoridade fez conduzir o pequeno até ao Gabinete de Investigações. Êste reconheceu no preto Amaral o indivíduo que tentou estrangulá-lo, e o criminoso, por sua vez, reconheceu no menor o pequeno engraxate que deixára como morto sob a ponte da João Teodoro.

Diante da confirmação de parte das revelações do preto Amaral, a polícia organizou uma diligência para proceder a pesquisas no Campo de Marte, onde dizia o preto ter deixado os corpos das suas primeiras vítimas.

Chegados ao local, orientados por Amaral, a diligência enveredou por caminhos escuros até um local, próximo a um bambual, onde o criminoso parou, dizendo — Foi mais ou menos por aquí.

De fáto, a alguns passos, meio envolto na folhagem sêca e enlameada, depararam os circunstantes uma ossada humana.

— E' isso mesmo. E' de um dos meninos — disse Amaral com a maior naturalidade — o primeiro a que me referí ontem. O outro deve estar um pouco mais distante.

E enveredou por um atalho, seguido pelos policiais.

— Aquí está ! — disse depois de ter caminhado pequeno trecho.

E realmente, sob a ramagem de uma pequena moita ressequida, jazia o cadáver de um menino, conservando ainda as pernas quasi intactas, porém já em estado de putrefação. O tronco havia sido descarnado provavelmente pelos cães, mas estava ainda recoberto por farrapos da camisa. Próximo, estavam as calças da vítima.

Interrogado, Amaral disse que aquele era o cadáver da sua outra vítima, do pequeno que convidára para ir buscar umas gaiolas em sua casa.

Estavam, pois, plenamente confirmadas as declarações prestadas, espontaneamente, à polícia pelo criminoso.

Na noite dêsse mesmo dia, foi o preto Amaral ouvido pelos reporters dos jornais da Capital. Disse então que se achava satisfeito com a plena confissão dos seus delitos. Já dormira melhor — acrescentou — pois andava sendo perseguido, ultimamente, pelos fantasmas de suas vítimas.

Indo certa noite dormir num albergue da rua Mauá, fôra atormentado de madrugada por visões terríveis. Sentira mesmo dedos possantes tentarem esganá-lo. Gritou por socorro, acudindo o dono do albergue, que o julgou alcoolisado.

Nessa noite saiu e, perambulando pelas ruas do bairro da Luz, imaginava em cada um dos transeuntes um policial que o ia prender.

Tinha, pois, necessidade dêsse desabafo, sentia-se com a conciência mais tranquila.

Esperava todo o rigor da justiça. Trinta anos de cadeia ; não tinha ilusões e dava-se por satisfeito em terminar os seus dias entre as quatro paredes do cárcere. Bastava de tanto banditismo. — concluiu êle.

Tais declarações foram feitas com a maior naturalidade, sem que deixasse transparecer a menor emotividade.

Observação clínica. — J. A. do Amaral, preto, nascido a 15 de agosto de 1871 (56 anos), solteiro, natural de Conquista, Estado de Minas Gerais.

Consta no seu registro policial o seguinte :

Foi identificado na 4.ª Região Militar no dia 15 de fevereiro de 1918, quando assentou praça no Exército.

No dia 23 de abril de 1921, assentou praça como voluntário na Fôrça Pública do Estado ; desertou em 19 de junho, sendo prêso no dia 4 de julho, para desertar novamente em 14 de novembro do mesmo ano.

Alguns dias depois foi prêso por vadiagem.

Prêso novamente por idêntico motivo em 21 de novembro.

No dia 6 de dezembro de 1921, mais uma vez foi recolhido ao xadrez como vadio.

Em 16 de março de 1922, prêso em Baurú para averiguações.

No dia 15 de junho de 1922 foi capturado por vadiagem, na cidade de Santos.

A 13 de setembro, prêso novamente em São Paulo por vadiagem.

Em 15 de setembro de 1922 foi pronunciado pelo Juiz da 2.ª Vara da Capital, como incurso no artigo 330, parágrafo 4.º, do Código Penal, sendo condenado a 1 ano e 9 meses de prisão. Na prisão brigou com um companheiro, ferindo-o levemente, pelo que foi processado pelo Juiz da 2.ª Vara Criminal.

Antecedentes hereditários. — (Informações prestadas pelo paciente).

Seus pais foram nascidos na África — o pai no Congo e a mãe em Moçambique.

Vieram para o Brasil como escravos e aquí foram comprados pelo Visconde de Ouro Preto.

Seu pai teria morrido sùbitamente e sua mãe, segundo lhe informaram, "de suspensão".

Tem uma irmã cujo destino ignora.

Antecedentes pessoais. — (Informações do paciente).

Diz ter gozado sempre de boa saúde na sua infância. Lembra-se de ter tido sòmente catapora.

Recorda-se de ter tido uma uretrite blenorrágica em 1911 e uma adenite há três anos. Fazia uso imoderado do alcool.

Esteve internado durante três meses no hospício de alienados de Porto Alegre, devido ao seguinte fáto : Uma noite, quando soldado, levantou-se no dormitório do regimento de que era corneteiro e deu sinal de alarme a toques de clarim. Quando deu acôrdo de si já se haviam passado dois meses e estava, com surpreza sua, num estabelecimento estranho, que veiu a saber, era o hospício.

Depois de ter alta, respondeu a conselho, sendo excluído da Brigada Policial.

Dois anos mais tarde, em 1908, quando trabalhava com a Comissão de Limites entre o Brasil e a Bolívia, que estacionava nos arredores de Corumbá, sob a chefia do Almirante Guilhobel, teve outra fuga, dessa feita pouco duradoura.

Levantou-se então durante a noite, pegou no seu revólver e saiu a correr pela mata a dentro. Depois disparou vários tiros a esmo e, acordando com o ruido, voltou cautelosamente ao acampamento para que a sua saída não fosse pressentida pelos companheiros, passando o resto da noite sem incidentes.

Ultimamente tem andado triste, distraído, com vontade de deitar-se e de chorar, tendo ocasiões em que "sai desatinado", ficando por vêzes sem se alimentar, até por dois dias.

Atribue êsse fáto a ter fumado cigarro de "maconha".

Tendo tido sempre propensão para a farda, serviu como soldado em várias localidades do Brasil, mas não se lembra de ter completado em nenhuma delas o seu tempo de serviço, desertando sempre, afim de livrar-se do "excesso de trabalho".

Com relação ao seu passado sexual, diz o seguinte:

Nunca teve propensão pelo casamento nem por uniões duradouras.

Além dos fátos que lhe são atribuidos e cuja veracidade confirma, jamais manteve relações sexuais nem com homens, nem com crianças, procurando de quando em vez as mulheres fáceis.

Muitas dessas se recusavam a ter relações e nenhuma consentiu em recebê-lo mais de uma vez.

Atribue êsse fáto à desproporção dos seus órgãos genitais.

Acêrca do crescimento desmedido dêsses, dá a seguinte interpretação:

Quando adolescente, aconselhado por companheiros, marcou com dois traços numa bananeira, até que tamanho desejava que o penis crescesse. Passado algum tempo, lembrou-se sùbitamente do que havia feito, correu até a bananeira onde havia gravado os traços, mas já era tarde — a bananeira crescera muito e a distância entre os dois traços era enorme.

Cheio de receios, abateu a planta a machadadas, mas com muitas apreensões foi aos poucos se apercebendo de que nada mais havia a fazer, pois que os seus órgãos genitais cresciam sempre, até atingirem as proporções atuais.

Interpelado sôbre os motivos que o levaram a praticar os crimes que lhe são atribuidos, começou dizendo que nunca teve pendor pela pederastia.

Numa tarde, parece que a 5 ou 6 de dezembro de 1926, conversava com um preto chamado Roque, quando tiveram a atenção despertada pela passagem de um menor.

— Porque V. não o conquista? — sugere Roque. E' tão fácil, com qualquer promessa ou presente V. o engambela e faz dêle o que quiser. E, se por acaso não consentir por bem . . . e completou com um gesto expressivo o seu pensamento mau.

Desde êsse momento Amaral não teve mais sossêgo nem tranquilas as suas noites, preocupado com o que lhe dissera o companheiro.

Dois dias depois estava sentado em um banco da avenida Tiradentes, quando ao seu lado veiu sentar-se um rapazote, que consigo se pôs a conversar.

Amaral descreve, em seguida, com fidelidade, os sucessivos crimes por êle praticados e já descritos na primeira parte dêste trabalho. Confirma, assim, todas as declarações anteriores, sem cair em contradições, acrescentando que só praticou átos de pederastia após ter se certificado da morte de suas vítimas.

Exame somático. — Trata-se de um indivíduo de côr preta, mas de tipo fisionômico pouco comum nos de sua raça. O nariz, longe de ser achatado, é aquilino e ligeiramente adunco. A fronte é fugidia e a implantação dos cabelos bastante alta.

O rosto glabro, não apresenta pêlos senão sôbre o lábio superior, isso mesmo em pequeno número.

Nota-se ligeira coloração amarela das conjuntivas (sub-icterícia).

A panícula gordurosa sub-cutânea é regularmente distribuida, mas pouco espêssa.

Na face anterior do ante-braço esquerdo há uma tatuagem dificilmente perceptível, F. C. (Francisca Cláudia, nome da mãe do paciente). Diz ter sido tatuado com a idade de 14 anos.

Não apresenta vícios de conformação, congênitos ou adquiridos.

APARELHO RESPIRATÓRIO. — Tórax afunilado, com depressão da fossa infraclavicular. Frêmito tóraco-vocal e percussão das bases nada mostrando de particular. Estreitamento do istmo de KRÖNIG, mais sensível à esquerda e som mais opaco que no ápice direito.

A ausculta revela diminuição do murmúrio vesicular e alguns estertores subcrepitantes no ápice do pulmão esquerdo, irregularmente disseminados. O paciente se apresenta febril, com 37°,3 a 37°,7, temperatura axilar e, outrossim, com tosse.

APARELHO CIRCULATÓRIO. — Nada de particular.

APARELHO DIGESTIVO. — Ótimo coeficiente dentário. Nada mais digno de nota.

ÓRGÃOS GÊNITO-URINÁRIOS. — Rins não palpáveis. Próstata normal. Vesículas seminais pouco salientes. Penis de forma cilíndrica, varicoso, proporções exageradas, como demonstra a fotografia junto.

Testículos presentes no interior da bolsa escrotal. Glândulas de secreção interna normais.

EXAME NEUROLÓGICO. — Estática. Orientação. Motilidade. Sensibilidade — normais.

REFLETIVIDADE. — Reflexos tendinosos e cutâneos normais. Pupilas reagindo bem à luz e à acomodação.

Ausência dos sinais de ROMBERG e de BABINSKI.

Órgãos dos sentidos normais.

EXAME PSÍQUICO. — Trata-se de um analfabeto, que compreende e associa bem as idéias, sem denunciar confusão na elaboração do pensamento.

Gosta de música e toca, de ouvido, instrumentos de metal.

Boa memória, pronta e fiel, quer em relação aos fátos antigos como aos recentes. Vários episódios de sua vida, ligados a fátos do domínio público, datas e nomes de seus comandantes, foram confirmados pelo testemunho de outras pessoas.

Não apresenta, atualmente, perturbações sensoriais.

Segundo suas declarações, teria tido alucinações visuais e cenestésicas nas noites que sucederam ao seu primeiro crime. Teve visões horríveis, via uma mão que tentava esganá-lo, tendo mesmo sentido dedos possantes apertarem-lhe a garganta.

Psico-motilidade normal. Estado de humor — indiferente. Relata os fátos com naturalidade, mostrando certa irritação quando percebe incredulidade ou dúvida no espírito de quem o observa. Em relação aos crimes praticados, não mostra nenhum arrependimento, nem tampouco procura ocultar as circunstâncias em que os praticou.

Não fáz mistérios da sua tendência ao ócio. Trabalhava unicamente para obter os meios necessários à sua subsistência e quando não tinha mais que comer. O seu esfôrço não pôde nunca ter continuidade, sendo por isso levado a desertar dos regimentos onde se alistára, não conseguindo, nem uma só vez, concluir o seu tempo de serviço. No regimento, disse ter sido respeitador e cumpridor de ordens, pelo que foi sempre estimado pelos seus companheiros e superiores hierárquicos.

Examinado durante vários dias, o quadro observado foi sempre o mesmo.

Nestes últimos tempos, o estado de saúde do paciente foi se tornando cada vez mais precário. Além de emagrecido, febril, queixava-se de dores reumáticas que o não deixavam repousar.

Removido para a enfermaria da Cadeia Pública, alí veiu a falecer aos 2 de junho de 1927, tendo os médicos que o trataram atestado como "causa mortis"—tuberculose pulmonar.

Motivos alheios à nossa vontade impediram-nos de praticar a necroscopia.

* * *

Trata-se, a nosso ver, de um criminoso sádico e necrófilo, cuja perversão se complica de pederose, em que a criança é o objeto especial e exclusivo da disposição patológica.

Von Krafft-Ebing, por exemplo, a quem devemos inúmeros trabalhos sôbre a questão, assinala a habilidade com que êsses indivíduos praticam os seus crimes, sem serem descobertos.

Forel acredita que a legenda do Barba-Azul tenha por base crimes sucessivos, cometidos por um sádico.

A história registra tipos legendários de sádicos — Nero, Calígula, Ivan, o Terrível, etc. Os casos mais citados na literatura médica são os de Jack — o estripador, o de Dippold e o de Vacher.

Legrand du Saulle refere-se a um caso de necrofilia, por êle muito bem estudado — o do sargento Bertrand.

Casos isolados de sadismo e de necrofilia não são muito raros. A associação das duas perversões, entretanto, como no caso atual, é raríssima. Moreau cita um caso dêsse gênero. O criminoso foi guilhotinado. O exame anátomo-patológico revelou espessamento das meninges e aderências corticais.

Em Roma, não há muitos anos, verificou-se um caso semelhante ao que acabamos de registrar em São Paulo. Descoberto, o criminoso demonstrou a mesma calma, reconheceu a monstruosidade do crime e pedia a sua condenação, afirmando que cometera o crime num impulso superior às suas fôrças frenadoras.

No caso horripilante descrito páginas atrás, confirma-se o cinismo com que os sádicos descrevem os átos delituosos, as suas sensações, demonstrando a maior frieza e indiferença diante do que há de mais trágico e atroz.

Os crimes dos sádicos-necrófilos são executados com relativa calma, com prudência, de emboscada, e o criminoso age como si estivesse praticando um áto normal. O fáto de o criminoso se apresentar calmo, conciente, não significa que o seu estado mental não seja patológico.

Lombroso assinala que os excessos sexuais ao mesmo tempo voluptuosos e brutais podem ser despertados nos soldados, durante os combates, pela excitação provocada pela ânsia de matar. Não é impossível que a perversão do preto Amaral, que se manifestou recentemente, tenha tido origem nos combates em que êle tomou parte contra os sediciosos. Está visto que já se tratava de um degenerado, em que as lutas sanguinárias e a sugestão de um companheiro vieram despertar a impulsão mórbida até então em estado latente.

Sob o ponto de vista médico-legal, há necessidade de se distinguirem, como diz Ottolenghi, os átos sexuais criminosos que oferecem unicamente caráter de anomalia, dos que traduzem a existência de uma verdadeira forma psicopática.

A necrofilia é expoente de uma profunda degeneração psíquica.

Em geral, o despertar da sensualidade mórbida nos degenerados se manifesta precocemente. Em 504 criminosos dêsse gênero, 140 revelaram suas tendências patológicas antes dos 12 anos — refere Marro.

A época em que a violência é ordinariamente empregada para satisfazer os instintos libidinosos surge só depois do desenvolvimento púbere.

A tendência impulsiva é instintiva e não encontra, em via de regra, nos degenerados sexuais, nada que lhes possa servir de freio ou resistência ; em tais condições,

êles terminam os seus dias nas prisões e nos hospícios. A educação, os exemplos, os castigos não têm influência alguma sôbre tais indivíduos.

Há uma verdadeira atrofia do senso moral e a perversidade das ações, sem motivos exteriores, são provas de que o indivíduo age em consequência de um desvio do instinto. Verificada a não imputabilidade do criminoso, o mesmo deverá sofrer reclusão perpétua num asilo de alienados, medida que nos parece mais acertada que a detenção penitenciária. A volta de semelhantes anômalos mentais ao seio da sociedade deverá ser obstada por todos os meios, porquanto êles não tardam em recomeçar a atividade criminosa.

Os casos de necrofilia se verificam, geralmente, entre os fracos de espírito, que violam sepulturas. Alguns literatos têm tido o mau gôsto de escolher semelhantes assuntos para os seus escritos. Em França, BAUDELAIRE, DAUDET e ZOLA, em Portugal, CAMILLO, e, entre nós, MONTEIRO LOBATO descreveu no "Urupês", de modo horripilante — o Boca Torta.

Em 1900, no Congresso Internacional de Medicina, reunido em París (Seção de Psiquiatria), a questão das perversões sexuais obsidentes e impulsivas sob o ponto de vista médico-legal, foi largamente discutida pelas maiores autoridades no assunto, entre as quais KRAFFT-EBING e P. GARNIER.

Os autores acordaram em filiar as obsessões e impulsões, assim como toda perversão sexual a uma degeneração psíquica, ordinariamente hereditária.

KRAFFT EBING dividiu-os em quatro grupos:

1.º) — Átos praticados por indivíduos desprovidos de inteligência e de moral, que, em virtude dessas falhas, agem prontamente sem lutar contra as excitações sexuais, porquanto são incapazes de ser impressionados ou impedidos pelo senso moral;

2.º) — Átos sexuais cometidos pelos degenerados que se encontram em estado permanente de hiperestesia sexual, que sob a influência dessa incitação, que é contínua e mortificadora, são levados ao áto, mais ou menos automàticamente, sem terem a faculdade de refletir e julgar do áto impulsivo;

3.º) — Átos sexuais dos estados inconcientes episódicos dos delírios, praticados pelos alcoolistas, histéricos, epiléticos com amnésias, etc.;

4.º) — Átos consequentes à inversão sexual.

Parece-nos que o caso presente poderá ser incluido no 2.º grupo de KRAFFT-EBING.

P. GARNIER faz muitas considerações judiciosas sôbre o assunto e conclue a sua exposição com as seguintes palavras:

"Entre todas as obsessões impulsivas, devemos mencionar as que se prendem às anomalias do instinto sexual entre as mais imperiosas e as mais irresistíveis. Embora desviada, a função não deixa de ser as exigências de um instinto. Nessas condições, o destino de muitos pervertidos sexuais os impele à satisfação do apetite mórbido, levando-os de encontro às leis que têm por fim a manutenção dos costumes, a garantia da moral e da segurança pública.

Devemos reconhecer que muitos magistrados pensam dêsse modo, assim, um dêles, no Congresso de Antropologia Criminal de Bruxelas (1892) não hesitou em afirmar que todo delinquente dêsse gênero deverá ser submetido a exame médico. A preocupação do perito deverá ser a de verificar si o estado do indivíduo poderá se juxtapor a um dos tipos conhecidos de perversão sexual; e, estabelecida essa semelhança, o alienista deverá declarar a irresponsabilidade, pela aplicação lógica do artigo 64 (Código Francês), que atribue essa irresponsabilidade "ao indivíduo obrigado por uma fôrça à qual êle não pode resistir".

Os pervertidos sexuais exibicionistas, fetichistas, sádicos, invertidos, erotómanos, apresentam caracteres distintivos que permitem ao clínico diferenciá-los dos indivíduos viciados.

E' ao asilo e não à prisão que se deverão enviar os obsedados impulsivos, e o caráter odioso dos atentados cometidos por alguns dêles não deve afastar a natureza patológica do áto. E', aliás, raro apresentar-se a perversão sexual como único síndromo em tais degenerados; o inquérito revela, com frequência, outras manifestações episódicas; o síndrômico é sobretudo um polisindrômico, e quando a observação médico-legal colhe todo êsse conjunto de sinais precisos, não se trata sòmente de uma opinião a ser apresentada ao juiz, mas sim de uma demonstração". As palavras de P. GARNIER têm confirmação neste caso e no do mestiço Febrônio, há pouco registrado no Rio de Janeiro.

RÉGIS, no mesmo congresso acima citado, concordou também com o modo de pensar de seus colegas.

O nosso AFRÂNIO PEIXOTO também partilha dessa opinião, segundo se deduz das suas palavras inseridas na Psicopatologia Forense: — "Só hoje em dia, graças aos estudos clínicos e psicológicos de KRAFFT-EBING, FÉRÉ, HAVELLOCK ELLIS, tais indivíduos começam a ser julgados, menos pelos seus vícios do que por sua doença, como anômalos e não perversos".

(*aa.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA – relator.
Dr. J. REBELLO NETO.

CASO N.º 26. — *Sadismo e Necrofilia.*

Procedente da Capital, deu entrada a 20 de abril do ano próximo findo, no Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, o acusado Joaquim A. T., brasileiro, de 32 anos de idade, de côr parda, solteiro, jornaleiro, natural de Pilar.

Do exame praticado na pessoa do referido réu, conforme determinação do M. Juiz de Direito da 3.ª Vara Criminal da Comarca da Capital (a quem fôra expedida Carta Precatória pelo M. Juiz de Direito da Comarca de Sorocaba), nós, abaixo-assinados, Drs. Antonio Carlos Pacheco e Silva, Diretor Geral da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, e André Teixeira Lima, Vice-Diretor do Manicômio Judiciário, vimos apresentar o respectivo laudo.

O réu em aprêço responde a processo na Comarca de Sorocaba, cujo Juízo de Direito o pronunciou como incurso nos artigos 266 do Código Penal, modificado pela lei n.º 2.992, de 25 de setembro de 1915, e 294 § 1.º do mesmo Código, por ter perpetrado os delitos que vamos descrever:

No bairro da "Água Vermelha", daquela cidade, o acusado veiu a conhecer de vista o menor José P., que para alí transferira residência em companhia de sua família. Ao passar pela casa dêste, sempre que o via, lhe ocorria a idéia de praticar átos libidinosos. Para tal, urdiu e executou o seguinte plano: muniu-se de um cabresto e sob pretêxto de que iria a um lugar próximo em busca de um cavalo, seduziu o menor a acompanhá-lo. Chegados a um sítio onde não podiam ser vistos, Joaquim agarrou-o e com violência arrancou-lhe a calça, deixando à cintura o laço que a prendia. Tendo a vítima reagido a ponto de impedir o áto sexual, o acusado, insatisfeito, por meio do cabresto que levava, estrangulou-a. Vencida assim a resistência do menor, o indiciado satisfez-se com átos de pederastia, e logo após abandonou-o na capoeira.

Um ou dois dias após voltou ao local e removeu o cadáver para outro sítio, pois que no primeiro dificilmente poderia ser encontrado.

Decorridos cinco dias do seu desaparecimento, foi o corpo da vítima descoberto e submetido a exame médico-legal, que revelou equimoses perianais e sinais de morte asfíxica por estrangulamento.

As diligências policiais não tardaram a se coroar de êxito com a descoberta do delinquente, que após certa relutância não só confessou a autoria do delito, como o reconstituiu com minúcias.

Os fátos que acabamos de narrar fôram colhidos nos Autos, com exceção de um pormenor, verosímil, aliás, que o delinquente omitiu em suas declarações à Justiça.

A esta fez constar que foi levado ao homicídio pela necessidade de impedir que a vítima levasse o fáto ao conhecimento do próprio pai, enquanto a nós peritos asseverou que a matára por ser o único modo de lhe vencer a resistência.

Referem testemunhas que uma primeira tentativa de violência carnal da parte do acusado fracassou por circunstância imprevista.

O próprio examinando nos informa que se acha recolhido à prisão pela 5.ª vez. Das 4 vêzes anteriores, 3 foram motivadas por átos que praticou contra a segurança de pessoas e a restante, por suspeita de roubo (?).

Nunca frequentou escola nem adquiriu profissão certa.

Nos progenitores, dos quais um já falecido, contam-se : alcoolismo e epilepsia.

Na infância teve início uma artropatia coxo-femural direita, e desde essa época o membro correspondente não se desenvolveu proporcionalmente ao homônimo do lado oposto.

Há algum tempo contraiu blenorragia, e, em 1924, cancro venéreo, um sifiloma provavelmente, com adenite satelite não supurada. (V. resultado das reações sorológicas sanguíneas).

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, tem seguido o exemplo paterno e talvez o tenha excedido.

Pela anamnese, o único elemento que obtivemos relativo às anomalias sexuais de que o próprio crime é revelador, foi o pormenor citado linhas atrás.

Pelo exame anatômico e funcional verificámos : estatura — 1m,55, forte desenvolvimento dos músculos tóraco-braquiais ; uma cicatriz produzida por lesão venérea ; ausência de pêlos nos membros superiores, escassos na face e nos membros inferiores ; hiperplasia ganglionar inguinal esquerda, dores osteócopas ligeiras ; o membro inferior direito, sede da artropatia já referida, (v. exame radiográfico da articulação afetada) é visivelmente mais curto que o oposto, e se apresenta em supinação, amiotrófico, porém não hipotônico ; o reflexo rotuliano é fraco tanto de um lado como de outro, mas o é mais do lado amiotrófico ; aquileos abolidos ; não se provoca dor pela compressão das pantorrilhas. Não há distúrbios dos esfincteres ; a coordenação dos movimentos, os reflexos cutâneos em geral e os tendinosos dos membros superiores são normais.

Nada mais de particular se verifica pelo exame anátomo-funcional.

Os exames complementares requisitados deram os seguintes resultados :

a) no sangue :

Reação de Wassermann — positiva
Reação de Müller II (M.B.R. II) — positiva.

b) no líquido céfalo-raqueano :

Linfocitose — 0/3 em 1mm3.
Reação de Wassermann — negativa com 1cc.
Reação de Weichbrodt — negativa.
Benjoin coloidal — negativo.
Reação de Pandy — negativa.

c) exame neuroftalmológico :

Sem perturbações oculares.

d) exame radiográfico do quadril direito :

Achatamento da cabeça do fêmur direito por processo inflamatório crônico. Deformação do acetábulo com sinais de artrite deformante. Sinais radiológicos de coxalgia.

Os dados clínicos até aquí colhidos podem se resumir em : antecedentes hereditários alcoólico e neuropsicopático ; antecedentes pessoais : lues, coxalgia, alcoo-

lismo ; no estado atual, além da lues e da artropatia, distrofia do membro inferior direito, polinevrite, provavelmente alcoólica, dos membros inferiores, talvez em regressão.

Isto pôsto, passamos a considerar o psiquismo do acusado.

Joaquim tem se apresentado ao exame habitualmente lúcido ; compreende as nossas perguntas e nô-las responde, via de regra, com coerência ; está orientado auto e alopsiquicamente ; recorda-se tanto dos fátos antigos como recentes, inclusive dos ocorridos antes, durante e depois do delito ; é falha, entretanto, a narrativa dos estados subjetivos paralelos a essas diversas fases ; associa bem as idéias ; fátos que indicam a conservação da atenção, da percepção, da memória e do mecanismo associativo das representações, funções estas que não pressupõem um desenvolvimento mental avançado. Os processos psíquicos que, ao contrário dêstes, dependem de um maior desenvolvimento da atividade intelectual, como a capacidade de abstrair e generalizar, de que resultem os conceitos, o julgamento e o raciocínio, pecam, no caso em aprêço, por uma ligeira deficiência, segundo verificámos por meio de interrogatórios repetidos e pelo emprêgo de reativos apropriados. Mas não sòmente por êste processo artificial concluímos pela insuficiência das chamadas faculdades superiores. O paciente, elaborando sua auto-defesa, dá-nos espontaneamente um atestado de sua imaturidade psíquica. Com efeito, depois de confessar a autoria do delito, de o reconstituir pùblicamente com minúcias, de ter sido pronunciado, depois de nos ter recapitulado a história criminal, quer passar por inocente, sem ter uma única base para assentar suas conclusões, e fazer recair sôbre terceiros a culpa dos átos que lhe são incriminados. Ao indagarmos porque confessou à Justiça a autoria do delito, ponderou que fôra coagido a assim proceder. Mas não soube responder em seguida, por que motivo nos fez as mesmas declarações e ainda mais completas.

Podemos, pois, dizer que há uma ligeira deficiência da capacidade intelectual, atê certo ponto explicável por ser o paciente um indivíduo inculto.

O humor se mantém equidistante da expansividade e da depressão, e com tendência à irritabilidade, como veremos a propósito do comportamento.

Por vêzes, no decorrer do interrogatório, surgem manifestações de emotividade, tais como : tremor das extremidades e dos lábios, taquicardia, vaso-constrição na face, fàcilmente perceptíveis.

O paciente nunca deu uma demonstração cabal de arrependimento por haver praticado átos delituosos, nem mesmo pelo fáto de lhe ser tirada a liberdade, quanto mais por um sentimento de piedade da vítima. Demais, em todo tempo que observamos, nunca vimos um gesto espontâneo ou uma palavra que exprimisse sentimento familiar.

No terreno da afetividade há, pois, a assinalar, principalmente, exagerada emotividade, irritabilidade e hipoevolução do sentimento ético.

O comportamento de Joaquim A. T., no Manicômio Judiciário, é normal sob alguns pontos de vista. Assim, por exemplo, quando provocado por um doente, irrita-se a tal ponto que chega a dizer emocionado : que se não forem tomadas as devidas providências e o fáto se repetir, êle reagirá como puder.

Êste não é um fáto isolado na vida do examinando. Pôsto que não os conheçamos em suas minúcias, os átos que o levaram por diversas vêzes à prisão, anteriores aos que hoje lhe são imputados, vêm confirmar o juízo que fazemos da suscetibilidade do paciente e também mostrar que o mesmo é impulsivo. Por pouca cousa perde a capacidade de reflexão e, já não contando com o poder frenador do sentimento ético, é fàcilmente levado a reações perigosas. Tanto perde a capacidade de reflexão que se irrita e quer reagir não obstante saber que no meio hospitalar o insultante é um psicopata, via de regra.

Resumindo, as particularidades verificadas pelo exame psíquico são as seguintes : deficiência pouco acentuada da capacidade intelectual, hipoevolução do sentimento ético, hiperemotividade, irritabilidade, impulsividade e anormalidade da conduta.

Discussão. — Os fátos delituosos imputados a Joaquim, todos, aliás, decorrentes de desvios do instinto sexual, apresentam os seguintes aspectos do ponto de vista médico :

1.º — O paciente praticou átos de libidinagem (pederastia) contra pessoa do mesmo sexo ;

2.º — Para a prática dêsses átos o paciente usou da violência (estrangulamento), que acarretou a morte da vítima ;

3.º — O áto sexual se consumára após a morte da vítima.

Procurando classificar os desvios do instinto sexual do autor, segundo os caracteres dos próprios fátos, a primeira conclusão a que chegamos é a seguinte :

1) Segundo o 1.º item, Joaquim A. T. é um homossexual. Mas, trata-se da homossexualidade pura, isto é, com tendência exclusiva e fixa à satisfação genésica com pessoas do próprio sexo?

O examinando nega-o e nós não temos provas seguras em contrário, tanto mais quanto não podemos duvidar da existência de moléstia venérea em seu passado mórbido e isso quer dizer que, pelo menos em época anterior ao delito atual, houve um período de hétero-sexualidade, o que não impede que posteriormente, e porque as relações com pessoas do sexo oposto não o satisfizessem de modo completo, se tivesse afirmado a tendência homossexual que de latente passou a atuar imperiosamente a ponto de provocar indiferença e até repugnância pelas pessoas do sexo oposto. (E. Morselli, "Manuale di Psichiatria").

Isto é possível que se tenha dado no caso presente, como o é a coexistência da homossexualidade ao lado da hétero-sexualidade (Morselli, l. c.), isto é, de uma forma impura de inversão.

2) O paciente, que se viu na contingência de assassinar a vítima para a consecução do áto sexual, isto é, usou de violência (estrangulamento), conforme dissemos no 2.º item, deve ser considerado um sádico?

Para uns autores não, para outros sim. Os primeiros acham que só devemos considerar como sádicos os indivíduos para os quais o sofrimento infligido à vítima é indispensável para a satisfação erótica.

Não nos parece ser êsse o caso de Joaquim A. T., conquanto seja possível que a razão com a qual justifica o estrangulamento não represente a verdade. Autores há, porém, que emprestam ao têrmo sadismo significação mais ampla. Para êstes, desde que haja sevícia, praticada como meio erogeno ou não, o caso é de sadismo. Nestas condições, Joaquim A. T. é também sádico.

O 3.º item diz em outras palavras que o áto sexual se efetuou quando a vítima era já cadáver. Cabe aquí a designação da necrofilia, mesmo considerando que o paciente não tenha, como parece pelos dados por nós obtidos, cometido assassínio por preferir realizar o áto libidinoso em cadáver?

Ora, se a necrofilia consiste na satisfação do instinto sexual sôbre cadáver (Bianchi, "Trattato di Psichiatria"), não resta dúvida que Joaquim A. T. é um necrófilo.

Todavia, alguns psiquiatras como Krafft-Ebing ("Psychopathia Sexualis", tradução francesa, Payot, París, 1921) não consideram sádico, nem necrófilo, o indivíduo que "movido por um desejo desenfreado não vê na representação da morte, indispensável à consecução do fim, nenhum obstáculo a se satisfazer, caso considerado por êle expressão de uma "moral de baixo nível e sensualidade extrema".

Assim também Birschfeld ("Sexual Pathologie", Bd. III) não considera assassino por parte do necrófilo e portanto "intencionado e cometido sob um impulso sexual incoercível, que vence a resistência da vítima".

Seja como fôr, não há dúvida que o paciente é um psico-degenerado. Ao lado de uma tara hereditária, apresenta estigmas sobretudo psíquicos (senso ético fraco,

impulsividade, hiperemotividade, irritabilidade), anomalias sexuais (inversão e perversão), e irregularidades da conduta (prática de átos anti-sociais a começar dos 16 anos).

Os últimos átos anti-sociais que se lhe atribuem são a expressão de sua condição psico-degenerativa. Quer os encaremos a todos como frutos monstruosos dos desvios do instinto sexual, quer em parte sòmente obedeçam a êste mecanismo ; isto é, ainda que corra por conta da anomalia do instinto genésico apenas o fáto especificado no item 1.°, e que o especificado no 2.° não seja manifestação de sadismo, isto é, não a morte da vítima sido intencionada, nem por isso deixa de ter um determinismo psicopatológico, representado, no caso, pela irritabilidade (provocada pela impossibilidade de praticar o coito, dada a resistência da vítima), pela impulsividade, e o que é mais, pela falta de contra-representações morais (senso ético, capacidade intelectual deficiente).

Isso pôsto, passamos a responder aos quesitos.

RESPOSTAS AOS QUESITOS :

A) Do Requerente —

1.°) — O examinando Joaquim A. T. é um espírito normal ou é vítima de qualquer degeneração?

R. — O examinando Joaquim A. T. é um psico-degenerado.

2.°) — Qual o gênero de anormalidade do seu espírito?

R. — Anomalias do instinto sexual (homossexualidade, sadismo, necrofilia), hipoevolução do sentimento ético, hiperemotividade, impulsividade e deficiente capacidade intelectual.

3.°) — Influe esta anormalidade sôbre o seu caráter, alterando a determinação de seus átos?

R. — Sim.

4.°) — O seu desequilíbrio de espírito permitir-lhe-á, nas ocasiões de crises, o domínio da vontade?

R. — Não.

5.°) — Prêso de degenerescência que porventura o afete, pode o examinando ter, nos acessos, perfeito conhecimento dos átos que pratica?

R. — Sim.

6.°) — Poderia êle, em qualquer dêsses momentos, perpetrar o delito que lhe é imputado com pleno conhecimento de causa e perfeitamente *campos sui*?

R. — Sim.

B) Quesitos do Promotor Público —

1.°) — O paciente raciocina? No caso negativo, desde quando?

R. — Sim, embora não seja essa função suficientemente desenvolvida. Segunda parte - prejudicada.

2.°) — O paciente tem conciência das ações que pratica?

R. — Sim.

3.°) — O paciente mostra algum arrependimento?

R. — Sim, apenas por se ver prêso, não por um sentimento de piedade da vítima.

4.°) — O paciente mostra sentir remorsos por êsses crimes?

R. — Prejudicado pela resposta ao quesito anterior.

5.º) — As confissões do paciente e o auto de reconstituição do crime não permitem aos Snrs. Peritos afirmar que êle teve a intenção de praticar os crimes de que é acusado?

R. — Sim, quanto à parte prevista pelo art. 266 do Código Penal, não quanto ao homicídio.

6.º) — Não apresenta o paciente simples anomalias sem caráter clínico determinado?

R. — As anomalias de que é portador o acusado apresentam caráter clínico bem determinado; é êle um psico-degenerado que apresenta: escassez do desenvolvimento intelectual e ético, desvios do instinto sexual (homossexualidade, sadismo, necrofilia), hiperemotividade, irritabilidade e impulsividade.

Juquerí, 7 de fevereiro de 1933.

(*aa.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva.
Dr. A. Teixeira Lima (relator).

CASO N.º 27. — *Um caso de necrofilia.*

Acórdão da Câmara Criminal do Tribunal de Relação de Minas Gerais.

Apelação n.º 11.334, de Poços de Caldas.

"Vistos, expostos e discutidos os presentes autos de apelação criminal de Poços de Caldas, apelante o Juízo ex-ofício e apelado José Benedito de Faria, nos termos do parecer do Exmo. Sr. Dr. Procurador Geral do Estado que adotam, acordão em Câmara Criminal do Tribunal da Relação, negar provimento ao recurso e confirmar a decisão de fls. que absolvendo o réu, mandou interná-lo num manicômio.

Custas pelos cofres do Estado, na forma da lei".

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 1926.

Parecer do Procurador Geral do Estado.

"Constitue objeto dêsse processo a contravenção do art. 365 do Código Penal. José B. F. assistiu à inumação do cadáver da menor Edith, de 6 para 7 anos de idade, e no dia imediato ao em que isto se deu, foi ao cemitério, violou a carneira, quebrou o cadeado, rasgou a calça da criancinha, suspendeu-lhe as vestes e deflorou-a. Tudo isto está provado dos autos de modo insofismável, e dêles consta o auto de corpo de delito no pequeno cadáver, em que os peritos puderam verificar "defloramento recente produzido pela penetração na vagina de um corpo sólido, cujo diâmetro não excederia provavelmente ao dedo mínimo de adulto". O autor de semelhante torpeza que aberra de todo e qualquer sentimento de piedade cristã, é um degenerado, diz a Justiça de Poços de Caldas, que deve ser recolhido a uma colônia de alienados.

Estou de acôrdo com o Dr. Juiz *a quo* cuja sentença é de se confirmar".

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 1925.

CASO N.º 28. — *Homossexualismo feminino.*

Tem a literatura médica se ocupado largamente da inversão sexual masculina. Entretanto, os casos femininos são menos frequentes, pelo menos os dados à publicidade.

Entre nós, Leonídio Ribeiro publicou há pouco tempo um substancioso trabalho sob o título: "Homossexualismo e Endocrinologia", onde figuram as suas con-

clusões concernentes ao estudo de 195 homossexuais passados pelo Instituto de Identificação do Rio de Janeiro. Todavia, nesse trabalho só há referência a casos masculinos.

Pela Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo transitou recentemente um curioso caso de homossexualismo feminino, que deu origem ao presente estudo, interessante sob múltiplos aspectos. Assim, comprova que também os casos de inversão sexual femininos merecem esmiuçados à luz das modernas aquisições endocrinológicas.

O amor entre as mulheres foi, segundo reza a história, assaz comum na antiguidade. Conta-se, assim, que na Ilha de Lesbos as mulheres votavam grande paixão entre si, chegando a manifestar completo desprêzo pelos homens. Safo, nos seus tão celebrados poemas, exaltava o amor entre as do seu sexo.

Ploss, refere Moll, afirmava ser o tribadismo relativamente frequente na antiga Roma, praticado por mulheres providas de clitoris de dimensões anormais. Eram as mulheres que se entregavam a tais práticas denominadas *frictrices* ou *subigatrices*.

A expressão tribadismo, julga a maioria dos autôres, deve ser reservada às mulheres que buscam praticar o coito com as do mesmo sexo, à maneira do homem, isto é, "*imissio clitoridis in vaginum alterius*", ao passo que as expressões lesbismo e safismo deveriam servir para designar sòmente as mulheres que provocam o orgasmo genital das suas comparsas, recorrendo a outros processos, sobretudo "*lambendo lingua genitalia*".

Assim, entendemos incluir o caso, cuja observação vai adiante descrita, no grupo das tribadas. Isso pôsto, vejamos a observação que deu origem a êsses comentários.

E. R., preta, brasileira, solteira, conta presentemente vinte e cinco anos de idade e exerce a profissão de cozinheira.

Segundo nos foi dado apurar, o pai da paciente faleceu com as faculdades mentais perturbadas, apresentando idéias delirantes megalomaníacas, o que faz suspeitar ter sido atacado de paralisia geral. A mãe da paciente é viva, tendo tido vários filhos, mas apenas alguns ainda vivem. Não há referências a abortos. Não foi possível verificar-se a existência de outros casos de psicopatia na família da paciente.

Nos antecedentes pessoais da doente há a se salientar ter a mesma nascido prematuramente, após sete meses de gestação. A paciente não menciona doenças ocorridas na infância, a não ser uma intervenção na garganta, sofrida aos 5 anos de idade, e uma apendicectomia aos 20 anos.

Escolaridade. Frequentou, quando criança, escolas primárias, tendo estado matriculada em escolas nacionais e numa alemã. Recebeu instrução primária, sabendo ler e escrever.

Já nessa época se evidenciou a tendência que deveria acentuar-se com o progresso da idade. Assim é que evitava a convivência com as meninas, para se entregar a folguedos com os meninos, que a tratavam "como menino", tal a desenvoltura por ela demonstrada nos jogos a que se entregava. Quando em companhia de outras meninas, procurava sempre assumir o pôsto de chefe, impondo-se pela fôrça, procurando diversões nas quais lhe era possível fazer o papel de homem. Comprazia-se, ao demais, em despir as suas companheirinhas, para examinar e tocar nas partes genitais. Posteriormente, já mais idosa e mais sabida, passou a ter ciumes das que eram objeto particular da sua afeição.

Menstruada aos 11 anos, teve, a partir de então, regras regulares, si bem que escassas.

Jamais sentiu a mais leve atração por indivíduos do sexo masculino, chegando mesmo a agredir os que tentavam cortejá-la, ao passo que continuava a acusar, cada vez mais acentuada, a sua preferência pelas mulheres, tentando fazer vida em comum com algumas delas.

HOMOSSEXUALISMO FEMININO

Fig. 49 — A doente em trajes femininos

Fig. 50 — A mesma doente envergando roupas masculinas

(*Caso estudado pelo autor e pelo Dr. Olyntho Mattos*)

Aos 20 anos, o ciclo menstrual desapareceu e desde aí se exaltou inda mais a sua paixão pelos de seu sexo. Teve atritos com a família, fugiu de casa para melhor se entregar às suas tendências, levando vida irregular, vindo finalmente ter à consulta no Ambulatório da Clínica Psiquiátrica.

Vamos reproduzir a história, por ela relatada, desde que abandonou a casa da família : Trabalhava para o seu sustento, mas tinha a preocupação constante de atrair mulheres, levando-as a hotéis suspeitos, onde com as mesmas praticava átos homossexuais. Dava preferência a moças brancas e não lhe era difícil perceber, nos logradouros públicos, aquelas que se prestariam melhor à satisfação da sua perversão. Atraía as suas vítimas sob múltiplos pretextos, revelando-se hábil e astuciosa, sem deixar transparecer os instintos que tinha em mira. Em ocasião oportuna, agarrava as suas vítimas de surpreza e, se encontrava maior resistência, rasgava-lhes as vestes, agredia-as e ameaçava-as de morte. Assim, quasi sempre conseguia aquiescência na satisfação do seu impulso sexual.

Pratica o áto sexual "como homem", o que não a impedia de procurar excitar as suas vítimas, empregando toda sorte de manobras. Afirma ter orgasmo fácil e extraordinária sensação de prazer, eliminando então um líquido leitoso. Diz ela que as mulheres não virgens, com as quais praticou átos sexuais, sentiam idênticas sensações experimentadas ao terem relações com homens.

Tem tido várias amigas, sustentando-as com o seu trabalho, que é o de cozinheira, ofício que exerce sem grande interêsse, na falta de outro mais de acôrdo com as suas tendências masculinas. Ambiciona praticar o serviço militar, pois tem grande desejo de envergar uma farda. Mandou confeccionar um fáto bem talhado, de côr cinza, em alfaiate, alegando desejá-lo para o carnaval, mas com êle se veste e logra imiscuir-se em roda de rapazes, com os quais percorre conventilhos, bebendo em companhia de mulheres, contando proezas e vangloriando-se das suas valentias, sem que desperte a menor suspeita do seu verdadeiro sexo, quer por parte dos homens, quer das mulheres.

Lamenta não lhe ser possível usar sempre trajes masculinos, que a impediriam de conseguir emprêgo fácil. Além do mais, teme complicações com a polícia. Todavia, por mais de uma vez manifestou a tentação de verificar se os policiais desconfiavam do seu sexo, quando vestida de homem, passando reiteradas vêzes diante de quartéis, onde havia numerosos soldados, mas nunca percebeu a menor desconfiança. Usava de preferência um boné, que lhe permitia melhor disfarçar os seus cabelos; depois resolveu cortá-los "à la homme", para assim poder usar também chapéu. Fuma cigarro e procura assumir atitudes e gestos masculinos, o que realiza com perfeição.

Esteve em tratamento na Santa Casa, mas de lá foi expulsa pelas Irmãs, às quais foi denunciada por uma companheira de enfermaria, que não quís prestar-se às suas libidinagens. Vem agora à consulta do Ambulatório da Clínica Psiquiátrica espontaneamente, pois está convencida de que não é como as demais mulheres e talvez encontre tratamento para os seus males.

Exame somático. — Trata-se de uma mulher de côr preta, de estatura mediana, tipo normo-splâncnico; nenhuma anormalidade no hábito externo; pêlos abundantes, com distribuição, ao nível do pubis e do abdômen, do tipo masculino. Esbôço de bigodes e barba. Tecido celular sub-cutâneo e panículo adiposo abundante e de tipo feminino.

Cabeça: Característicos da raça preta, sem outras particularidades dignas de nota.

Pescoço e tórax: Sem anormalidades; seios bem desenvolvidos e flácidos.

Abdômen: Nada digno de menção, a não ser a distribuição pilosa já assinalada.

Membros: Superiores e inferiores normais: quadrís do tipo feminino, bem conformados.

Aparelho respiratório: Normal.

Aparelho cárdio-vascular: Normal.

Aparelho digestivo e glândulas anexas: Sem anormalidades.

Aparelho gênito-urinário: Micções normais. O exame de urina, praticado no Ambulatório da Clínica Psiquiátrica, nada revelou de anormal. Os órgãos genitais externos são absolutamente normais. Quanto aos internos, também não foram constatadas anormalidades patentes aos exames ginecológicos; talvez uma ligeira hipoplasia uterina. Pelo que relata a paciente, as menstruações sempre foram muito irregulares e ultimamente tem tido longos períodos de amenorréia. Já teve relações sexuais normais, sendo a sua vagina de aspecto normal. (Os exames ginecológicos foram praticados na 1.ª Enfermaria de Cirurgia de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia, pelo Dr. Sylla O. Mattos). As pesquisas de laboratório, feitas no Instituto de Butantan pelo Dr. Thales Martins, revelaram a ausência de foliculina no sangue. A quantidade de hormônio masculino foi encontrada dentro dos limites normais.

Metabolismo basal: menos 2 %.

Exame neurológico. — A pesquisa dos reflexos, da sensibilidade, o exame dos órgãos sensoriais e dos nervos craneanos, não acusam desordens da esfera neurológica.

Exame psíquico. — Calma, bem orientada tanto no que concerne à orientação auto como alo-psíquica. Vem à consulta de "moto próprio", convencida de que necessita, se não curar, pelo menos melhorar as tendências que apresenta, já acima relatadas.

A paciente tem cultura rudimentar, é de inteligência pouco desenvolvida, podendo-se considerá-la como uma débil mental mitigada.

E' patente a ausência de auto-crítica, o que se consigna no modo desenvolto e cínico com que menciona as suas aventuras.

Como já foi dito, a paciente, desde a infância, revelava marcado pendor para tudo quanto dizia respeito ao sexo masculino. Dava preferência ao convívio com meninos, com êles compartilhando dos folguedos infantís. Si se entretia com crianças do seu sexo, logo tomava atitudes de superioridade, arvorando-se em chefe das mesmas e assumindo ares de protetor. Assim cresceu, atingiu a puberdade em época normal, sem que êsse advento viesse modificar as suas inclinações, que, pelo contrário, evidentemente se acentuaram. Procurou, aconselhada por companheiras, travar relações sexuais com pessoas do sexo masculino, com o objetivo de modificar as suas tendências pelo próprio sexo. Teve, após as primeiras relações, completa desilusão, tendo mesmo verificado que passou a ter, depois disso, inda maior atração pelas mulheres. A princípio, empregava grandes precauções nas suas "conquistas", procurando sobretudo as companheiras de trabalho em cujo quarto dormia em casa dos patrões. Como encontrasse frequentemente oposição, ou porque tais companheiras nem sempre fossem do seu agrado, deliberou morar fora e procurar escolher as suas "amantes".

Enverga trajes masculinos, toma atitudes de homem, coleciona fotografias de mulheres, tendo já obrigado algumas das suas vítimas a se fazerem fotografar despidas, para presenteá-la com retratos que coleciona e dos quais, segundo ela informa, se utiliza para decorar as paredes do seu quarto.

Tem pretensão de realizar tudo de quanto os homens são capazes, inclusive o áto da micção, podendo até utilizar-se dos mictórios dos homens. Realmente, consegue com habilidade, ao urinar, fazer com que o játo se dirija para a frente e para cima. Faz isso com grande encenação, tomando atitudes por vêzes incômodas e ridículas, para convencer os médicos de que é realmente capaz de urinar como homem. Exagera, fantasia e dá demonstração evidente de mitomania vaidosa quando descreve as suas proezas amorosas. Há, nas suas narrativas, evidentes tendências sádicas, pois que a paciente se excita e sente evidente satisfação ao descrever o pavor manifestado pelas suas vítimas, quando por ela atacadas de surpreza, dizendo assumir, nessas ocasiões, atitude de superioridade, acalmando-as, acariciando-as e assegurando-lhes não haver razão para receios ou consequências, pois que não há possibilidade de "surgirem filhos da união entre mulheres".

Conta não ter o menor receio em andar a deshoras sòzinha, pois não tem dúvida em repelir, a sôcos, qualquer aproximação masculina.

Relata, minuciosamente, como inicia as suas conquistas, escolhendo as suas prediletas, percebendo, pelos olhares e pelas atitudes, aquelas que não são indiferentes aos seus propósitos. Na espera de um bonde, num ônibus, numa festa, num parque público, tem a preocupação constante de seduzir as mulheres. Delas se aproxima e, atrevidamente, procura tocar-lhes o corpo, sentir-lhes as formas, para depois dirigir-lhes a palavra e então fazer as suas propostas. Pusemos um dia em dúvida a facilidade com que ela afirmava realizar os seus intentos. Dias depois comparecia a paciente ao Ambulatório com atitude vitoriosa, acompanhada de uma jovem de côr branca, com a qual se encontrára momentos antes na rua, e que ingenuamente a acompanhára até alí, em atitude passiva, obedecendo ao seu tom autoritário e despótico.

Volta frequentemente ao Ambulatório e se deleita em descrições prolixas sôbre novas conquistas e, percebendo o interêsse que o seu caso despertou no meio médico, procura exaltar os seus feitos. Por vêzes telefona para a Clínica, excusando-se por não poder comparecer, de tal forma se encontra entretida com as últimas e numerosas conquistas.

Embora se empregue como cozinheira, é inconstante nos empregos, mas diz não passar privações, pois que recorre ardilosamente a vários subterfúgios, sobretudo

escrevendo à sua progenitora, que mora no interior, narrando situações desesperadoras e conseguindo assim extorquir tudo quanto a mesma aufere em trabalhos árduos.

No Ambulatório a paciente se mostra extremamente confiada, perfeitamente à vontade, tratando a todos com intimidade, não tendo dúvidas em aceder aos pedidos que lhe são feitos pelos médicos, propondo mesmo novas experiências e exibições para que fique perfeitamente comprovada a sua capacidade sexual masculina.

Todavia, conserva ainda certo contrôle sôbre as suas ações, pois diz ela que o único freio que a impede de agir mais desembaraçadamente é o medo de se ver envolvida em casos policiais, pois tem a certeza de que muitas das suas vítimas perderam a virgindade.

Concorda na sua situação anômala e pede aos médicos que, si houver um processo capaz de lhe definir um sexo, opta sem hesitação pelo masculino.

Curioso é o fáto da paciente não ter leituras ou conhecimentos relativos à sua perversão, convivendo em meio inculto. Certo dia, um médico lhe perguntou si já ouvira falar em FREUD. A paciente, depois de refletir alguns momentos, disse que conhecera em sua terra um Sr. Fróes, indagando si seria o mesmo.

COMENTÁRIOS. — Como se verifica, a paciente de que nos ocupamos apresenta marcadas tendências homossexuais, quer se fazer passar por homem, veste-se como tal, revela propensão para com êles conviver e dá preferência aos hábitos e ocupações masculinas.

WESTPHALL se refere a um caso em que a doente denotava grande vocação para a construção de máquinas.

MOLL conheceu em Berlim uma tribada que usava constantemente roupas masculinas, sendo impossível caracterizar-lhe o verdadeiro sexo, visto ter um pequeno buço no lábio superior e exteriorizar, na postura e nos gestos, sobretudo no modo de saudar e de levar o cigarro à bôca, perfeita semelhança com o homem. Grande foi a surpreza do próprio MOLL, quando se certificou tratar-se de uma mulher.

A tais mulheres, KRAFFT-EBING denominou virago e ao áto que praticam, viraginismo. Diz aquele autor: constata-se uma predileção para a indumentária masculina; nos sonhos só as mulheres têm papel. Quando a viraginidade é muito pronunciada, a mulher se sente, no tocante às demais mulheres, exclusivamente homem.

O sentimento de pudor subsiste, mas muito mais relativamente ao próprio sexo que ao oposto.

Tal fáto ficou perfeitamente comprovado na observação que relatámos: certo dia, em que pedimos à doente que se despisse, pois que desejávamos examiná-la, estavam presentes vários médicos, entre os quais uma doutora. A doente relutou e muito pùdicamente apontou a nossa colega, dizendo — na presença dela não posso. A colega se retirou e a paciente não teve relutância em se despir.

KRAFFT-EBING se refere também à tendência revelada pelas tríbadas, de se vestirem como homem. Temos visto — diz êle — exemplos de mulheres que, durante anos, envergaram costumes masculinos — caçadores, soldados, etc.; são casos citados por VON MÜLLER no "Friedreichs Blütter", relatados por VON WISE, MOLL, HIRSCHFELD, etc. O ideal dessas viragos é ser pelo espírito e energia eminentes personalidades femininas na história e no presente.

Para êsse mesmo autor, a ginandria seria o grau mais acentuado de homossexualidade. Trata-se aquí de mulheres que têm órgãos genitais femininos, mas que são absolutamente virís nas suas sensações, no seu modo de pensar, nos seus átos e no seu exterior. Encontra-se, assaz frequentemente, na vida comum, viragos dêste gênero, que pela ossatura, bacia, marcha, atitude, traços grosseiros e absolutamente masculinos, voz rouca e profunda, etc., fazem duvidar do eterno feminino.

No caso que estudámos, a doente tinha manifesta repulsa pelas relações sexuais com homens.

Fáto que merece salientado é o de terem as pesquisas realizadas pelo competente Prof. Thales Martins, do Instituto de Butantan, revelado ausência completa

de foliculina no sangue. A quantidade de hormônio masculino foi encontrada dentro dos limites normais.

Até que ponto a inexistência de foliculina no sangue influe sôbre o estado psíquico da doente, gerando a sua inversão sexual?

Eis aí um ponto de grande interêsse e que demonstra a necessidade de se estudar também o homossexualismo feminino sob o aspecto endocrinológico, como já se tem feito com os casos de homossexualismo masculino.

ZONDEK pensa que na menopausa muitas mulheres apresentam caracteres físicos e psíquicos vivos em virtude da parte feminina do ovário, anteriormente dominante, retroceder em favor da porção masculina.

Aliás, tal tendência já se encontra em autores que se ocuparam do estudo da inversão sexual muito antes dos modernos conhecimentos da atividade das glândulas de secreção interna. Assim, HAVELLOCK ELLIS já dizia "Devemos ver na inversão sexual uma perturbação orgânica que se encontra em toda a natureza viva".

Vários pesquisadores têm se preocupado ultimamente, entre outros WEIL, VOLMANN, VOLVEIB, KYRLE, VOSS, TANDER, STENBERG, SCHWARZ, MOTHES, MARAÑON, etc., com a evolução sexual, buscando demonstrar que as idéias aceitas como dogmas, de que os dois sexos são perfeitamente diferenciados, desde os primórdios da sua formação, já não podem mais ser admitidas de forma absoluta. LA CASA escreveu erudito trabalho sob o título "A base orgânica das perversões sexuais", onde se lê: O sentido genésico terá forçosamente uma ou mais glândulas reguladoras das suas funções normais. A atrofia, a distrofia, a hipertrofia destas são a causa das perversões eróticas, tórpidas ou aberrantes.

MARAÑON pondera: "O masculino e o feminino não são dois valores terminantemente opostos, mas graus sucessivos do desenvolvimento de uma função única, a sexualidade, que entre a infância e a velhice (nas quais se mostra apagada) se exalta durante o período central da vida, com diferenças puramente quantitativas e cronológicas, de um sexo para outro". Diz ainda MARAÑON: "Os dois sexos, a masculinidade e a feminilidade não são duas entidades que se opõem ponto por ponto; há certos momentos da evolução ontogênica e filogenética em que tal oposição absoluta tem uma aparência de realidade; porém fora dêsses momentos ambos se vão acercando e acabam por fundir-se em uma fase de primitiva ambiguidade". Conclue MARAÑON por afirmar que "indivíduos, homens e mulheres, sexualmente absolutamente puros, constituem uma raridade", o que é confirmado por outros pesquisadores.

Segundo êsse autor, GOLDSCHIMIDT empregou pela primeira vez o têrmo intersexuais, para designar homens e mulheres que apresentam, no decurso de sua evolução sexual, caracteres peculiares ao outro sexo, exteriorizando anomalias ou monstruosidades.

Justo é também mencionar-se o nome de EMILE LAURENT, que, em 1894, publicou excelente livro sôbre os "Bissexuados", onde se lê: "Os ginecomastas e os hermafroditas não são apenas seres curiosos para o estudo dos biologistas e o filosófo teratológico; são também seres que vivem em sociedade e por consequência são dignos de merecer a atenção do psiquiatra e do psicólogo.

Constituem também para o legista e para o magistrado um problema importante. Penso, assim, que não seria sem interêsse condensar num volume único todos os documentos esparsos publicados sôbre essas malformações."

Os autores modernos admitem a possibilidade de se classificarem os indivíduos, conforme sua evolução sexual, em três categorias diferentes: os sexuais puros, os intersexuais e os ginandromórficos ou hermafroditas. Quais os limites dêsses diferentes tipos e quais os elementos que permitem classificá-los? PISARD é de opinião que "não existe caráter morfológico ou psíquico que escape à impressão sexual".

CANLLERY refere "Todo organismo dá a impressão de estar impregnado pelo sexo, que se revela de modo mais ou menos perceptível, em todas e em cada uma das partes".

Assim, a primitiva classificação em caracteres sexuais primários e secundários vai sendo posta à margem, em favor de outras, nas quais são estabelecidas distinções entre os caracteres sexuais, genitais, anatômicos e funcionais (nestas se incluindo as manifestações psíquicas e sociais).

Muitos autores se têm dedicado a pesquisar as características masculinas ou femininas de todas as partes do organismo, nos seus mínimos detalhes, bem como as suas funções e o modo das mesmas se exteriorizarem.

HIRSCHEFELD enumera quatro categorias diferentes :

1.ª) Hermafroditismo, onde os caracteres intersexuais se relacionam com os órgãos genitais.

2.ª Androginia, cujos caracteres intersexuais dizem respeito a outras partes do corpo.

3.ª) Metatropismo, a bissexualidade e a homossexualidade com manifestações intersexuais com respeito ao instinto sexual.

4.ª) Finalmente, o transvertismo, que é a expressão da intersexualidade em relação às qualidades psicológicas do indivíduo.

Os intersexuais podem naturalmente pertencer a dois ou mais grupos, imbricando-se manifestações somáticas ou psicológicas.

No caso que serviu de base aos comentários que acabamos de fazer encontrámos : 1.º) manifestações somáticas (androginia), físicas de intersexualidade (estas pouco acentuadas) ; 2.º) manifestações intersexuais relativas ao instinto sexual — homossexualidade e transitoriamente bissexualidade; e 3.º) manifestações psicológicas — transvertismo.

São Paulo, 27 de setembro de 1939.

(*aa.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA – relator.
Dr. OLYNTHO MATTOS.

DEBILIDADE MENTAL — OLIGOFRENIAS

(IMBECILIDADE — IDIOTIA)

1. Classificação. – 2. Etiopatogenia. – 3. Sintomas somáticos. – 4. Idiotia. – 5. Imbecilidade. – 6. Debilidade mental pròpriamente dita. – 7. Formas da debilidade mental. – 8. Diagnóstico diferencial. – 9. Tratamento. – 10. Aplicações médico-legais.

1. Classificação. — No grupo dos fracos de espírito, isto é, daqueles que apresentam certo grau de debilidade mental, figuram todos os casos de parada do desenvolvimento cerebral.

A maioria dos autores coloca tais enfermos no capítulo da debilidade mental, no das oligofrenias (KRAEPELIN) e ainda no da frenastenia (SANTE DE SANCTIS). Êsse grupo comporta três graus — a idiotia, a imbecilidade e a debilidade mental pròpriamente dita, que seria a forma mais atenuada.

Diz-se que um indivíduo é idiota quando é incapaz de se comunicar com os seus semelhantes, tanto pela palavra como pela mímica, revelando um grau mínimo de desenvolvimento mental, que não ultrapassa ao de uma criança de dois anos.

O imbecil teria já inteligência mais desenvolvida, sendo capaz de se comunicar com os seus semelhantes pela palavra falada, conquanto seja, via de regra, incapaz de se alfabetizar. Consegue, todavia, aprender ofícios que não exigem maior cabedal intelectual, realizando também trabalhos caseiros. A inteligência do imbecil varia entre a de uma criança de dois a sete anos, conforme o caso. FRANCO DA ROCHA dizia que o fáto do indivíduo reter e transmitir um recado simples constituia bom teste para se considerar um oligofrênico como imbecil e não como idiota.

Débil mental pròpriamente dito será o retardado que, conquanto tenha inteligência superior à de um imbecil, não poderá ser comparado, pela deficiência da atenção, pelas falhas do raciocínio, pela dificuldade na assimilação dos conhecimentos, a um indivíduo normal. A inteligência do débil mental oscilaria entre a de uma criança de sete a nove anos.

Tais limites são estabelecidos, é bem de ver, para os adultos. Para a classificação das crianças impõe-se a medida do quociente intelectual.

A debilidade mental se complica frequentemente com outras afecções, dificultando muitas vêzes a apreciação exata da deficiência mental inerente à parada do desenvolvimento. Entre as associações observadas habitualmente figuram: a epilepsia; os distúrbios endócrinos — mixedema, síndromo adiposo-genital; as intoxicações, sobretudo o alcoolismo, que é assaz frequente entre os débeis mentais.

Fig. 51 — Hidrocefalia. Debilidade mental. Criança de 2 anos e 4 meses

(Observação do autor)

2. ***Etiopatogenia.*** — Múltiplas causas podem atuar sôbre o desenvolvimento do sistema nervoso do homem, entravando a sua evolução e se refletindo sôbre a inteligência.

Entre as causas de origem germinal, isto é, condicionadas pelo plasma germinativo, figura a chamada herança degenerativa ou neuropsicopática, que explica um grande número de débeis mentais entre os filhos de alienados. Outros fatores têm sido responsabilizados pelas disgenesias cerebrais ligadas ao plasma: alcoolismo, sífilis, tuberculose, consanguinidade, juventude ou velhice extrema dos progenitores.

Seguem-se as causas que incidem no decurso da gestação, ditas pré-natais: doença infecciosa ou intoxicação durante a gravidez, traumatismos e abalos morais sofridos pela progenitora.

Entre as causas relacionadas com o nascimento dá-se grande importância aos traumatismos craneanos por aplicações desastradas de forceps, a inércia uterina, os estreitamentos de bacia, o tamanho exagerado do feto, a presença de circulares, o trabalho de parto muito prolongado. As encefalopatias obstétricas são relativamente frequentes.

Finalmente, temos ainda a salientar as causas post-natais, que são mui numerosas: traumáticas, tóxicas, infecciosas. Na maioria das vêzes é um processo meningo-encefalítico sobrevindo na infância, no correr de uma doença infecciosa, que determina um processo de esclerose cerebral com consequente reflexo sôbre a esfera psíquica. São as chamadas encefalopatias infantís.

BABONNEIX adota uma classificação anátomo-patológica das encefalopatias infantís abrangendo seis grupos, a saber: 1.º) Meningite

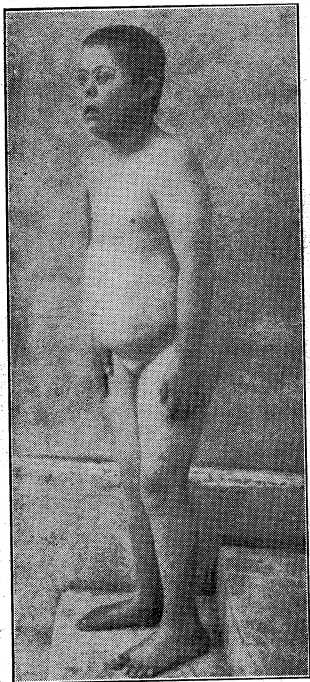



Fig. 52 — Idiotia mongoloide
(Observação do autor)

crônica. 2.°) Meningo-encefalite crônica. 3.°) Esclerose cerebral atrófica. 4.°) Hidrocefalia adquirida. 5.°) Vícios de desenvolvimento. 6.°) Lesões específicas.

3. Sintomas somáticos. — Na debilidade mental, os mesmos fatores que provocaram a deficiência mental atingem, não raro, a esfera neurológica, determinando múltiplos síndromos. Assim, vamos observar quadros espásticos, paralíticos, cerebelares, parapiramidais, puros ou associados. Assim, entre os débeis mentais se encontram as mais variadas formas de paralisias — hemiplegias, monoplegias, paraplegias, quadriplegias, além de movimentos involuntários múltiplos — clônicos, coréicos e atetósicos; desordens dos aparelhos sensoriais, particularmente do visual e auditivo; perturbações da palavra — anartria, disartria, blesidade, tartamudeio; transtornos do tonus muscular — amiotonia, rigidez palidal e de decerebração.

Os quadros neurológicos mais graves, perturbando a marcha, o equilíbrio, a visão, a audição e a palavra são vistos sobretudo na idiotia. Na imbecilidade se notam vícios menos pronunciados, mas assaz nítidos. Na debilidade mental pròpriamente dita não há, habitualmente, senão leves distúrbios na esfera somática, que só um exame procedido por observador atento permitiria pôr em relêvo.

4. Idiotia. — O idiota, já a uma simples inspeção, patenteia a sua pobreza de espírito. A fisionomia é disforme e inexpressiva, o riso alvar, a iniciativa abolida. Nem siquer o instinto de conservação se esboça nos idiotas profundos, sendo necessário dar-lhes alimentos na boca, sem o que morreriam de inanição. Estão sempre conspurcados, pois satisfazem as necessidades corporais nas próprias vestes. A inteligência é nula e não há a menor manifestação de atividade psíquica. Nos idiotas, que se aproximam dos imbecís, já se nota uma inteligência rudimentar, que lhes permite emitir certas palavras, embora mal pronunciadas, as quais só são compreendidas pelos que convivem com o paciente. Alguns idiotas revelam certa aptidão musical, apreciando e reproduzindo trechos fáceis. Ao par daqueles que são afetivos e

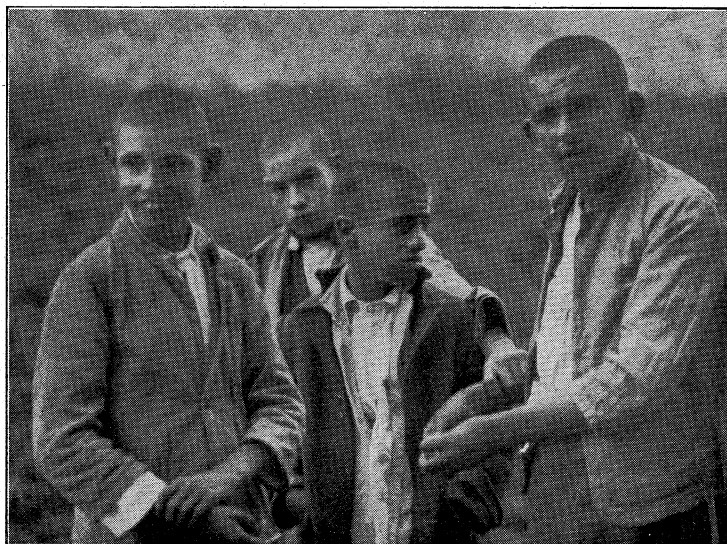



Fig. 53 — Grupo de idiotas apresentando estigmas degenerativos
(*Observação do autor*)

revelam boa índole, deparam-se-nos outros, impulsivos, violentos, sujeitos a acessos de cólera destruidora e tendência sanguinária, que os leva, à menor contrariedade, a praticar homicídios, revoltando-se sobretudo contra os progenitores e irmãos, que são suas vítimas habituais.

Com frequência se observam aberrações sexuais entre os idiotas, que se masturbam em público e desenfreadamente, ou se entregam a atos de bestialidade.

5. ***Imbecilidade.*** — Na imbecilidade, a debilidade de espírito é menos acentuada que na idiotia. Os imbecís chegam, com grande dificuldade, a se alfabetizar. Alguns revelam memória de reprodução bastante desenvolvida, dando falsa impressão de inteligência. Há, também, os que são dotados de aparente vivacidade, dando respostas prontas e irônicas, que causam hilaridade, razão por que eram antigamente escolhidos para distraírem os monarcas entediados (bobos da Côrte). A atenção é, porém, mui saltuária nos imbecís, que porisso experimentam dificuldade na assimilação de novos conhecimentos.

A pobreza de idéias, o juízo crítico deficiente, o vocabulário restrito, o emprêgo da onomatopéia caracterizam o imbecil.

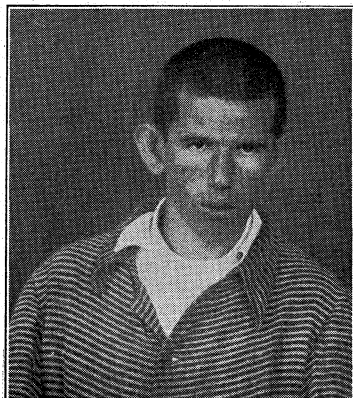
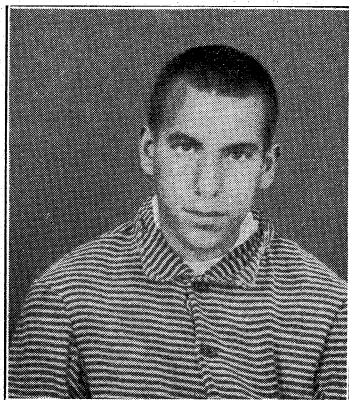



Fig. 54 Fig. 55

Dois irmãos imbecís, filhos de alcoolista crônico também internado
(*Observação do autor*)

Uns são afetivos e revelam bons sentimentos, outros são indiferentes e incapazes do menor alcance na esfera moral.

A capacidade para o trabalho é variável, conquanto seja muito relativa na maioria dos imbecís.

*6. **Debilidade mental propriamente dita.*** — Toda vez que se observa certo grau de debilidade mental, não atingindo as raias da imbecilidade, mas com evidente pobreza de espírito, diz-se que há debilidade ou atrazo mental.

A inteligência do débil mental é limitada, a compreensão tarda, o raciocínio falho, a vontade débil, donde a tendência a aceitar idéias alheias.

Os débeis mentais são também sujeitos a surtos delirantes, sobretudo sob a ação do alcool, ao qual são extremamente sensíveis, reagindo de uma forma insólita.

Certos débeis mentais são expostos a crises periódicas de depressão.

Não raro, a esquizofrenia se desenvolve, como assinalou Régis, no terreno da debilidade mental. São as por êle chamadas formas degenerativas da demência precoce.

*7. **Formas da debilidade mental.*** — A debilidade mental surge em muitos casos em que se notam anomalias da caixa craneana, sobretudo de volume — macrocefalia, hidrocefalia, microcefalia, etc.

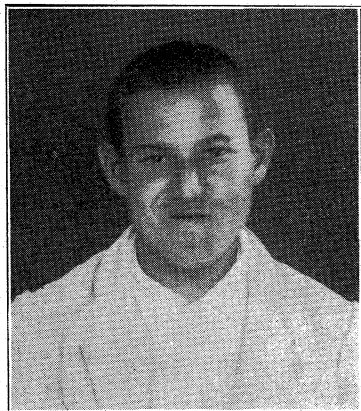



Fig. 56 — Imbecilidade. Assimetria facial
(*Hospital de Juqueri*

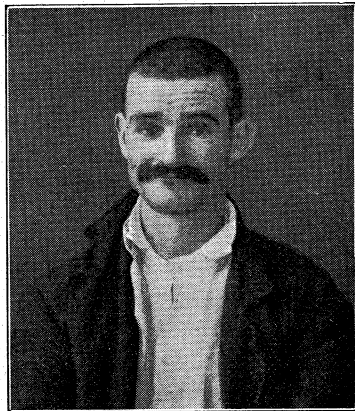



Fig. 57 — Imbecilidade
(*Hospital de Juqueri*)

Há uma forma com caractéres próprios, denominada de idiotia mongolóide, muito frequente entre os heredo-sifilíticos, caracterizada por certa semelhança com os indivíduos da raça amarela : crâneo redondo, nariz achatado, maçãs do rosto salientes, olhos em amêndoa, pálpebras bridadas.

A chamada idiotia amaurótica familiar é uma doença frequente entre os israelitas, que se desenvolve logo nos primeiros meses de idade, comprometendo sèriamente o tonus muscular. No fundo do ôlho, junto à mácula, nota-se a presença de uma mancha de côr azulada, típica, tendo no centro uma coloração avermelhada. O quadro anátomo-patológico desta afecção é característico.

Outra modalidade clínica bem conhecida é a esclerose tuberosa. Nas pessoas atacadas por esta moléstia se observam pequenos adenomas sebáceos, localizados em tôrno do nariz e da boca, por vêzes distribuídos em forma de borboleta. Nos centros nervosos se encontram massas endurecidas, de coloração mais escura que os tecidos vizinhos. No interior dos órgãos, sobretudo nos rins, coração, se encontram, também, pequenos tumores.

8. ***Diagnóstico diferencial.*** — Afim de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre os diversos estados de debilidade mental, costuma-se recorrer a três critérios diferentes : psicológicos, evolutivos e sociais.

Rogues de Fursac adota o seguinte quadro, que se nos afigura simples e prático :

	Psicológicos		Evolutivos	Sociais
Idiotia	Linguagem nula ou quasi nula	Atenção voluntária nula	Mentalidade de uma criança menor de 2 anos	Incapacidade de se preservarem os perigos materiais comuns
Imbecilidade	Linguagem oral restrita. Linguagem escrita nula ou quasi nula	Atenção voluntária instável	Mentalidade de uma criança de 3 a 7 anos	Incapacidade de prover às suas necessidades nas condições normais
Debilidade mental	Linguagem oral normalmente desenvolvida, linguagem escrita suficiente para permitir ao indivíduo exprimir suas idéias	Atenção voluntária facilmente exaurível. Insuficiência do julgamento e eventualmente das faculdades de aquisição	Mentalidade de uma criança de 7 a 12 anos	Incapacidade de sustentar a luta pela vida, de se dirigir por si mesmo e de dirigir seus negócios

Em certos casos, o diagnóstico diferencial entre a debilidade mental e alguns quadros de enfraquecimento mental adquirido pode oferecer grandes dificuldades, sobretudo na ausência de elementos comemorativos.

9. Tratamento. — O tratamento será médico-pedagógico. Procurar-se-á corrigir as desordens endócrinas, que são frequentes nos débeis mentais, sobretudo as da tiróide, hipófise e timo. O tratamento específico deverá ser prescrito toda vez que a sífilis estiver em jôgo.

Os métodos pedagógicos consistem em se procurar educar o débil mental, tendo em vista o que os americanos denominam os três *ms*, isto é — educação moral, manual e mental. Para tanto se faz necessário confiar os débeis mentais à assistência de um corpo de médicos e professores especializados. (V. capítulo sôbre "A assistência aos menores anormais").

10. Aplicações médico-legais. — Os oligofrênicos, qualquer que seja o grau de deficiência mental, estão sujeitos a reações mórbidas de consequências mais ou menos graves.

O idiota, na sua total incapacidade de discernimento, tem reações instintivas das mais violentas, durante as quais comete crimes os mais monstruosos. E' assim capaz de assassinar brutalmente uma criança para se apoderar de um pedaço de pão. A literatura forense registra até casos de antropofagia, tendo idiotas por protagonistas.

O imbecil é também sujeito a idênticas reações; neles se manifestam sobretudo, com inaudita exaltação, reações do instinto sexual, donde atentados ao pudor, praticados via de regra contra menores, que estupram brutalmente, na ânsia de satisfazer o instinto selvagem que dêles se apodera.

Certos imbecís têm incoercível atração pelas bebidas alcoólicas, às quais são muito sensíveis, reagindo à ação do alcool, em regra por tendência à violência, à agressão e ao homicídio, donde a elevada criminalidade dos imbecís-alcoolistas.

Os débeis mentais pròpriamente ditos, com a inteligência já mais desenvolvida, são mais intimidáveis, o que não impede de vê-los, frequentemente, às voltas com a justiça. Insociáveis, preguiçosos, mendazes, entregam-se a meios ilícitos para conseguirem recursos afim de se susterem. Entre os homens muitos se tornam ladrões contumazes, frequentadores habituais dos xadreses, ora por crimes de roubo, outras vêzes por rixas e átos de violência. Instáveis, não se submetem à disciplina do trabalho, mudando frequentemente de profissão, sem domicílio certo, erram pelos logradouros públicos, dormindo ao relento, estendendo a mão à caridade pública, recorrendo a vários expedientes para satisfazerem as suas paixões mórbidas — sobretudo pelo alcool e pelo jôgo. Dêles estão cheias as prisões.

Entre as prostitutas as estatísticas revelam um elevado número de débeis mentais, que se entregam à vida dos prostíbulos numa indiferença absoluta, muito embora tenham crescido em meio honesto, recebendo severos princípios de moral.

E' evidente não ter nem o idiota nem o imbecil capacidade de auto-condução, faltando-lhes a necessária compreensão para se orientarem na vida.

No tocante aos simples retardados, alguns há que revelam critério e bom senso, contrabalançando a deficiência de inteligência por rigorosa prudência, o que lhes permite bem se orientarem na vida, administrando os seus haveres, sem comprometer o patrimônio que lhes foi legado ou por êles mesmos auferidos em trabalho honesto.

CASO N.° 29. — *Sôbre um caso de imbecilidade. A imbecilidade perante o nosso Código Penal.*

Diz o promotor público X que não é lúcido e bastante claro o laudo pericial que um dos médicos do Hospício de Juquerí apresentára sôbre o réu S. S. e pede, por isso, novo laudo sôbre o mesmo paciente.

Vejo-me obrigado, Exmo. Snr. Dr., a aproveitar as horas de descanso de meus afazeres administrativos para vir escrever o laudo pedido e a fazê-lo na linguagem mais clara que me fôr possível, de modo a não ser falsamente compreendido, como se deu com o parecer do médico dêste Hospício.

O parecer do Dr. A. foi de fáto interpretado erroneamente, ao ponto do Promotor X. supor que aquele médico atribuira a imbecilidade do réu ao abuso do alcool. O médico não podia ter tido a intenção de dizer semelhante heresia. Disse, sim, que o réu é um imbecil e é vítima, além disso, do abuso do alcool ; que êsse fáto, o do abuso do alcool, é frequente nos indivíduos débeis de espírito, o que ainda mais lhes agrava o embotamento intelectual. Isso é que se depreende do rejeitado parecer.

Feita esta justificação do médico, tão injustamente seteado pelo Promotor X., até com citação de MOLIÈRE (pilhéria de mau gôsto e inteiramente inútil), passo a expor o resultado do exame por mim feito.

S. S., brasileiro, de côr preta, de 50 anos de idade, casado, foi recolhido ao Hospício de Juquerí, onde o examinámos, em 16 de dezembro de 1916.

EXAME SOMÁTICO. — E' um indivíduo bem nutrido, de aparência robusta; não apresenta lesão orgânica de espécie alguma perceptível aos meios comuns de exame clínico. Só se lhe nota uma cicatriz viciosa de queimadura na palma da mão direita, coisa aliás sem grande importância, porque não o impede de trabalhar. Tem a cabeça mal conformada, angulosa; a fronte muito estreita e o nariz característico da sua raça.

Não tenho informações sôbre os antecedentes de família que me permitam apresentar um histórico ou balanço genealógico do paciente. Sôbre os antecedentes próprios sei, porém, que abusava de bebidas alcoólicas e que era tido na localidade como sujeito valentão e amalucado. O paciente nega que se fizesse valer como valentão.

EXAME MENTAL. — E' um indivíduo rude, sem cultura alguma; não sabe escrever nem seu próprio nome, a não ser com garatujas quasi ilegíveis. Frequentou a escola quando rapaz, mas bem pouco aproveitou com isso; lê sòmente os escritos impressos e, isso mesmo, mal. O exame dos elementos intelectuais não revela nenhum estado patológico atual. A memória é regular; a associação de idéias não está perturbada, isto é, não se acha nem acelerada, nem entravada; tem conciência de sua situação; tem orientação de lugar e de tempo; não apresenta alucinações, nem ilusões; não tem revelado delírio algum; a atenção é normal; compreende e responde a tudo que se lhe pergunta, mas é necessário para isso que se mantenha a conversa dentro do limitado e estreitíssimo círculo de sua atividade mental.

O estado de humor nele predominante é de um certo indiferentismo por tudo que o rodeia. O estado afetivo é quasi indiferente; pouco se lhe dá que a mulher e os filhos o tenham abandonado; não os procurou, nem pretende procurá-los, a-pesar de saber onde se acham. Habituou-se facilmente ao viver do Hospício e não se contraria com isso; vive quieto e isolado no meio dos companheiros de casa; não se associa a êstes, nem procura derivativos para passar o tempo, o que denota um grau bem pronunciado de apatia mental ou ausência de atividade espontânea. Tendo o que comer e fumar, nada mais o preocupa.

Pelo exposto se vê que se não trata de um louco, mas sim de um imbecil.

E' preciso que nos entendamos sôbre o têrmo *imbecilidade*, como expressão *usada* pelos alienistas, e a *imbecilidade nativa*, "que foi adotada pelo Código Penal".

O que estava na mente dos autores do Código quando usaram da expressão *imbecilidade nativa absolutamente incapaz de imputação* era o estado mental que nós, os alienistas, chamamos *idiotia*, enfermidade esta que coloca seu portador em classe muito inferior à do imbecil. Tanto essa suposição é verdadeira que o Código nem siquer faz referência à idiotia, têrmo êste que os autores do Código supunham sinônimo de imbecilidade. Não admira isso num Código inçado de erros como o nosso. Entretanto, os alienistas procuram mostrar a distinção entre o idiota e o imbecil. Tem valor prático essa distinção, porque todo idiota é *absolutamente* incapaz de imputação; o imbecil, porém, nem sempre está nesse caso. O idiota é um ente degradado, vítima sempre de uma grave lesão no órgão do pensamento: microcefalia, porencefalia, hidrocefalia, esclerose cerebral, ausência de circunvoluções importantes, etc. Sua faculdade de atenção é inteiramente rudimentar, quando existe, porque em muitos casos nem sombra dela se encontra.

O mesmo não se dá com o imbecil. Êste é susceptível de aperfeiçoamento, embora em curtos limites, a faculdade de atenção, a-pesar de instável, existe nele e lhe permite aquisições mentais impossíveis para o idiota. O poder de abstração e generalização lhe é vedado por completo, mas a memória pode ser até muito boa.

Os sentimentos éticos não existem no imbecil ; há indiferença pela família, por exemplo ; nele predomina despòticamente o egoismo grosseiro e sem freios ; é vingativo, irritável e sujeito a acessos de cólera e a impulsões violentas. Alguns, no entanto, como simples executores, em certas artes, como a música, chegam a obter sucesso e assim chegam aparentemente a disfarçar o seu defeito mental.

Os defeitos de desenvolvimento cerebral constituem diversos grupos de degenerados, entre os quais se acham incluídos os idiotas, os imbecís e os simples débeis de espírito. Êstes últimos não apresentam grandes taras, além do próprio acanhamento de todas as faculdades mentais ; tanto é isso verdade que muitos dentre êles, por motivos que não vêm a pelo lembrar, chegam a ocupar posições na sociedade. A êles AFRÂNIO PEIXOTO se refere com as seguintes palavras :

"E' até regra que não só o reino dos céus, mas ainda as posições sociais caibam em partilha a muito pobre de espírito : não é de estranhar, pois, vê-los bem situados na magistratura, na igreja, na política, na administração e até nas letras" (pág. 202 da "Psicopatologia Forense" – 1916).

A linha divisória entre a idiotia e a imbecilidade não é difícil de se estabelecer ; o mesmo não se pode dizer da linha entre a imbecilidade e a simples debilidade mental, que é algum tanto arbitrária, porque a passagem de um a outro grupo se faz insensìvelmente, por uma larga zona comum aos dois tipos. A classificação, embora um pouco arbitrária, sempre se pode fazer pelo estudo minucioso de cada caso concreto apresentado. A simples imbecilidade, sem complicação, raramente acarreta conflito com a lei ; quando isso se dá não passa de contravenção e, às vêzes, de atentados aos costumes.

Há, porém, o imbecil epilético, o imbecil alcoolista, o imbecil epileptóide, o imbecil com delírio de perseguição, etc. Êstes é que entram constantemente em conflito com o código penal.

A imbecilidade, bem como a debilidade mental simples, sem aquelas complicações, não põem o indivíduo a de imputação e de penalidade, não obstante a necessidade de serem estas mitigadas.

Os outros pacientes, os que apresentam as complicações referidas, êsses não têm imputabilidade ; a segurança social, entretanto, exige que êles sejam recolhidos a estabelecimentos especiais ou *manicômios* para delinquentes, afim de se evitarem os conflitos com o seu meio social.

As libações alcoólicas produzem, não raro, nos débeis mentais, desordens mentais agudas, de caráter confuso-alucinatório, que lhes obscurece a conciência, temporàriamente, por completo. Cessado, porém, o efeito do tóxico, voltam êsses indivíduos ao estado que lhes é normal, isto é, à debilidade mental. A repetição frequente das intoxicações, com o correr do tempo, acaba por agravar a obtusão intelectual dos débeis e imbecís e obliterar-lhes de todo o resquício de senso moral que porventura lhes tenha dado a natureza.

A imbecilidade e a debilidade mental não são moléstias. Poder-se-á quando muito dizer que são enfermidades ou aleijões mentais. O indivíduo que perde uma perna ou um braço, ao nascer, e que a-pesar-disso cresce e vive regularmente, não é um doente, mas um *enfêrmo* ou aleijado.

O imbecil e o débil mental são indivíduos que foram tolhidos e ficaram atrazados na sua evolução mental, quer dizer, ficaram abaixo da média comum dos indivíduos de sua eguala — de sua educação e de sua condição social.

Estendí-me nestas considerações para poder dar, no final do relatório, sôbre o caso de que me ocupo, respostas simples, claras, sem divagações.

SÚMULA. — Resumindo as aquisições do exame, temos :

Inteligência : muito curta, acanhada ; frequentou escolas e nada aprendeu ; não revela entrave nem aceleração na marcha das idéias.

Afetividade: indiferença pela família, o que indica embotamento dos sentimentos: acomodou-se facilmente ao viver do Hospício.

Humor: apatia, indiferentismo, tendência à inércia.

Atenção e compreensão: regulares no estreitíssimo círculo de sua atividade mental.

Conciência: não apresenta alteração da personalidade; sabe onde está e tem noção do tempo.

Memória: regular para os fátos recentes e para os mais antigos.

Hábitos e vícios: entregava-se muitas vêzes ao abuso do alcool.

Imaginação: muito pobre e restrita; não apresenta delírio de espécie alguma; não se lhe notam perturbações elementares — alucinações e ilusões; não conversa com os companheiros, nem pede para sair, pouco se incomodando com a permanência no Hospício.

Como se deve entender o conceito em que era tido o examinando no seu meio social, isto é, como se deve interpretar o informe de que o mesmo era *valentão* e *amalucado*?

Está aí, mais do que claro, o débil mental alcoolista e sujeito a acessos de cólera epileptóide e a impulsões violentas. E' o que entendo, salvo melhor juízo.

S. S. é, pois, um anormal que, a meu ver, deve ser classificado entre os imbecís e os débeis mentais, nessa zona de transição entre os dois tipos, à qual fiz alusão linhas acima.

Resposta aos quesitos:

1.º — O réu sofre de alienação mental?

Resposta: E' um imbecil ou débil mental.

2.º — E' contínua ou tem lúcidos intervalos?

Resposta: Prejudicado.

3.º — E' geral ou parcial?

Resposta: A mentalidade é enfraquecida no seu todo.

4.º — Qual a espécie ou gênero?

Resposta: Imbecilidade ou debilidade mental.

5.º — Êle cometeu os fátos criminosos ou podia ter cometido em estado ou áto de loucura, ou em lúcido intervalo?

Resposta: Quando cometeu os átos criminosos o paciente era, como sempre foi, um débil de espírito, sujeito a acessos de cólera epileptóide.

6.º — O estado dêle, no áto de cometer os fátos criminosos, pode ser considerado como de perturbação completa de sentidos e de inteligência?

Resposta: Pode; eu entendo que sim.

7.º — Os fátos criminosos têm relação com a espécie de loucura manifestada pelo réu?

Resposta: Os fátos criminosos têm, a meu vêr, relação com o estado mental do réu.

8.º — A segurança pública exige a internação do réu em estabelecimento adequado?

Resposta: A segurança pública não exigiria a internação do réu em estabelecimento adequado si houvesse quem por êle vigiasse e impedisse seus desatinos; como, porém, não é êsse o caso, acho que a segurança pública exige sua internação num manicômio de delinquentes.

E' o meu parecer.

(*a*.) Dr. Franco da Rocha.

CASO N.º 30 — *Incapacidade civil de um imbecil. Ação rescisória. A imbecilidade perante o nosso Código Civil. — Pode um imbecil ser considerado "louco de todo o gênero" no sentido do artigo 5, número dois, do Código Civil?*

Nós, os Drs. Franco da Rocha, Celestino Bourroul e A. C. Pacheco e Silva (relator), peritos nomeados pelo M. Juiz de Direito da 1.ª Vara Civel de São Paulo para proceder a exame mental na pessoa de Antonio J. M., prestado o compromisso legal, depois de observar o paciente, passamos a redigir o nosso parecer:

FÁTOS. — Dona Patrocínia L. C., na qualidade de curadora de seu marido, Antonio J. M., promove, perante o Juízo da Comarca de Rio Preto, uma ação ordinária de rescisão, cumulada com a de reivindicação contra terceiros, alegando: Que o seu marido era possuidor de avultados haveres, representados por terras naquela comarca; sabedores disso, alguns indivíduos sem escrúpulos, prevalecendo-se da debilidade mental de seu marido e da sua própria rusticidade, usando de artifícios, induziram ambos a passar uma procuração ao pai da autora. Uma vez conseguida a outorga do mandato, iniciaram-se as vendas fracionadas das referidas terras, por preços ínfimos, sem que o casal tivesse disso conhecimento.

Resultou daí ficar o patrimônio de ambos gravemente lesado, por ter sido efetuada a venda de três mil quinhentos e cincoenta e seis alqueires de terra, de superior qualidade, pelo preço de trinta e quatro conto de réis, quantia essa que a autora julga irrisória, dado o valor que elas representam. Entretanto, julgando nulas essas transações, por terem os adquirentes contratado com pessoa incapaz, como é seu marido, classificado como imbecil pelos médicos que o examinaram, procura a autora rehaver as terras em questão.

Muito embora Antonio J. M. seja presentemente considerado um incapaz, tanto assim que está interdito, determinou o M. Juiz da Comarca de Rio Preto, considerando não estar suficientemente comprovada a incapacidade do paciente, ao tempo em que se efetuaram os contratos cuja rescisão é pedida, se procedesse a novo exame, por especialistas, afim de que o caso ficasse perfeitamente esclarecido. Para isso, os peritos nomeados deverão dizer si ao tempo em que se efetuaram os átos jurídicos especificados nos itens terceiro e vinte e três do libelo de folhas cincoenta e duas, era já o autor um louco no sentido do artigo cinco, número dois, do Código Civil. Dessa incumbência se desobrigam agora os abaixo assinados, peritos nomeados pelo M. Juiz de Direito da 1.ª Vara Civel de São Paulo, para quem foi expedida Carta Precatória.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA. — QUALIFICAÇÃO. – Antonio J. M., branco, brasileiro, com 45 anos presumíveis de idade, casado, natural dêste Estado, residente em Ponte Nova, comarca de Rio Preto.

ANTECEDENTES. — Os pais do paciente são falecidos há muitos anos, de doença ignorada. Irmãos teve êle três, dois idiotas, surdos-mudos e aleijados, mortos ainda jovens.

Torna-se extremamente difícil proceder-se à anamnese do paciente: A pessoa que o acompanha, conquanto seu velho conhecido, só nos pôde prestar informes vagos e imprecisos sôbre o passado mórbido do observando. Êste, por sua vez, nada esclarece, não fornecendo elementos que sirvam para reconstituir, com exatidão, sua história clínica. Do que nos foi dado apurar, teria êle tido maleita, por várias vêzes, padeceu de ancilostomose, e, há alguns meses passados, esteve acamado, impossibilitado de caminhar, edemaciado e muito enfraquecido, em consequência de uma doença cuja natureza não pudemos apurar.

Nega haver contraído doenças venéreas. E' alcoolista e tabagista moderado.

Exame somático. — O paciente é um indivíduo de estatura meã, de aparência doentia, côr terrosa, mucosas descoradas, ligeiramente ictérico.

Apresenta-se descalço, com os cabelos em desalinho, dentes falhos e mal cuidados, denunciando ausência completa de trato pessoal.

O seu estado de magreza é bastante pronunciado; o panículo adiposo, reduzidíssimo, deixa ressaltar sob a pele, sêca e engelhada, uma musculatura pouco desenvolvida para suas condições de trabalhador braçal.

No hábito externo, salvo pequenos nódulos calosos, alguns ulcerados, no terço médio e inferior das pernas, nada mais consignámos. Não há vícios de conformação congênitos ou adquiridos.

Os órgãos essenciais da vida não oferecem, ao exame clínico, desordens que mereçam mencionadas: Batimentos cardíacos ritmados, 78 pulsações por minuto. Ligeiro refôrço da 2.ª bulha. Fígado e baço palpáveis. Ausência de albumina na urina. Gargarejos na fossa ilíaca esquerda.

Sistema nervoso. — Íntegras as vias motoras e sensitivas.

Reflexos profundos e superficiais — normais.

Sensibilidades bem conservadas.

Ausência de movimentos involuntários.

Equilíbrio e coordenação — perfeitos.

Nervos craneanos. — Nervo olfativo — normal.

Nervos óticos, motor ocular comum, motor ocular externo: Visão diminuída em OD e OE — um pouco mais à esquerda.

Pupilas bem conformadas, reagindo bem à luz e à acomodação.

Ausência de nistágmo. Não há estrabismo.

Nervo auditivo:

a) coclear — audição bastante diminuída de ambos os lados.

b) vestibular — normal.

Nervos trigêmio, facial, glosso, faringêo, pneumogástrico e espinal: nada digno de nota, a não ser mímica fácial inexpressiva.

Nervo hipoglosso:

Disastria manifesta, que se torna ainda mais evidente na articulação dos *rr* e *ll*.

Tartamudez.

Leves tremores fibrilares da língua.

Exame psíquico. — Antonio J. M. é um tipo bem característico dos nossos caboclos rústicos — sempre recostado, em atitude de desânimo, de cansaço, fica horas a fio com o olhar vago e aparvalhado, numa apatia que toca as raias do torpor.

Dêsse estado só sai quando vivamente solicitado; então, fazendo grande esfôrço, movimenta-se lenta e preguiçosamente, limitando-se a obedecer o que se lhe determina, sem revelar a menor iniciativa.

Sôbre ser inculto, o paciente deixa, logo às primeiras perguntas, transparecer a sua fraqueza de espírito. Tímido, desconfiado, submete-se com passividade ao que dêle se exige, sem cogitar da finalidade das suas ações.

No decorrer do exame, por vêzes deixa escapar, imotivadamente, um riso tolo, alvar, inexpressivo.

A compreensão é difícil, sendo necessário que o interlocutor simplifique as perguntas, colocando-as à altura da sua mentalidade acanhada, para facilitar o entendimento.

Seu vocabulário é muito limitado.

E' imprecisa a noção do meio, lugar e tempo. Não sabe onde nasceu, não informa a sua idade, não tem o menor conhecimento de fátos e coisas gerais, não sabe avaliar distâncias nem proporções.

Seus conceitos éticos também se ressentem de sua pobreza intelectual.

Para avaliar o nível mental de Antonio J. M., recorremos aos *tests*, utilizando-nos da escala de BINET. Conseguimos, depois de grande insistência, que êle executasse a maioria das provas propostas para uma criança de 5 anos.

Assim: distinguiu, com acêrto, de dois objetos, qual o mais pesado. Repetiu, com exatidão, uma frase de dez sílabas. Contou quatro moedas. De dois triângulos, formou um quadrilátero, tendo um modêlo na sua frente.

Não pôde, finalmente, copiar um quadrado.

Passando às provas seguintes, habitualmente resolvidas por uma criança de seis anos, fracassou em todas, não conseguindo siquer apontar com a mão direita a orelha esquerda.

Além dessas provas, nas repetidas observações a que o submetemos procurámos avaliar das suas relações com os companheiros de trabalho, com a família e demais pessoas que com êle convivem, para julgarmos da sua capacidade de trabalho, de seus interêsses externos e da reação das suas faculdades psíquicas às excitações do mundo exterior. Todas essas provas confirmaram o nosso primeiro juízo.

Não pôde também dizer quantos meses tem o ano, não conseguiu enumerar dois meses pela ordem. Do alfabeto não conhece uma só letra, assim como não conhece números. Não sabe o valor do dinheiro, tanto em moedas como em papel.

Está inteiramente alheio a fátos e coisas gerais, que um homem normal, nas suas condições, não pode ignorar.

Não está ao par dos salários pagos aos trabalhadores rurais, não sabe qual a época propícia para se fazerem plantações de cereais, nem qual o tempo das colheitas. Desconhece o valor real dos gêneros alimentícios, das peças de vestuário, etc.

Isso explica o fáto dêle se deixar levar completa e cegamente pelos que o rodeiam, sem nenhuma resistência de sua parte.

Desprovido de energia e de vontade, não sabe se fazer respeitar pelos seus próprios filhos, a ponto de se terem casado duas filhas menores sem o consultar. Na sua casa tudo corre à sua revelia, não tendo êle a menor autoridade, sujeitando-se a privações e a maus tratos, sem revolta. Não revela a menor afetividade pela família. Pouco se lhe dá que a mulher o abandone, como já sucedeu certa vez, que esta, os filhos e genros se apossem de tudo quanto é dêle, uma vez que lhe deem alimento, roupa e fumo.

Atenção facilmente exaurível. Não consegue, sem estímulos frequentes do interlocutor, manter a atenção por mais de dois a três minutos.

Memória infiel, tanto para fátos antigos como recentes. Capacidade de fixação quasi nula.

Imaginação árida. E' incapaz da menor elaboração intelectual. Associação de idéias falha e morosa.

Não consignámos perturbações sensoriais.

Estado de humor predominante — indiferente.

SÚMULA: —

Tara hereditária: Dois irmãos idiotas, surdos-mudos e aleijados.

Defeitos físicos: Insuficiência congênita da visão e da audição. Tartamudez.

Inteligência: Muito reduzida, comparável à de uma criança de menos de 7 anos. Compreensão difícil. Vocabulário limitado.

Atenção: Voluntária e facilmente exaurível.

Afetividade: Indiferença pela família e meio social. Acomoda-se a qualquer situação.

Imaginação: Árida. Incapaz do menor esfôrço intelectual.

Humor: Indiferença, apatia, passividade.

Memória infiel para fátos antigos e recentes. Capacidade de fixação quasi nula.

Das investigações a que procedemos resulta, de modo inconcusso, que o paciente é um *imbecil*.

O caso é tão típico que não dá margem para discussões em tôrno do diagnóstico diferencial.

Entretanto, como há interêsse capital em se apurar si se trata de um imbecil, isto é, de um indivíduo cujo cérebro sofreu uma parada no seu desenvolvimento ou de um deficiente mental cujas faculdades intelectivas se tenham apagado em consequência de uma afecção mental, vamos respigar algumas notas sôbre a questão.

O diagnóstico diferencial entre a debilidade mental, quer se trate de débeis mentais pròpriamente ditos, imbecís ou idiotas, e os estados demenciais ou predemenciais, não apresenta, para o alienista experimentado, maiores dificuldades, mesmo quando são desconhecidos os antecedentes do paciente.

Sem falar no quadro clínico, no enfraquecimento mental adquirido sobram sempre elementos que permitem avaliar-se o anterior patrimônio intelectual. O psiquiatra, como o paleontologista, logra, por poucos que sejam os achados da sua investigação, reconstituir o conjunto primitivo.

No caso vertente não há vestígio algum de desenvolvimento intelectual anterior. Tudo indica a pobreza de origem.

O exame somático, por sua vez, não revela a existência de processo cerebral orgânico. A insuficiência da visão e da audição, a tartamudez, são defeitos de constituição, que falam em favor da imbecilidade. O mesmo processo que determinou a parada do desenvolvimento cerebral afetou também os órgãos dos sentidos.

Firmado o diagnóstico, resta-nos abordar, antes de responder ao quesito apresentado, si os imbecís estão incluidos no artigo cinco, número dois, do Código Civil, onde se lê :

"II. Os loucos de todo o gênero."

Não há dúvida que sim. Não cabe aquí bordar considerações sôbre a impropriedade da expressão — "loucos de todo o gênero", já tantas vêzes condenada pelas maiores figuras da psiquiatria brasileira.

O eminente 2.º curador de órfãos do Distrito Federal — Dr. Raul de Camargo, enfeixou num livro intitulado "Loucos de todo o gênero (Critério da incapacidade mental no Direito Civil)" todas essas opiniões, os resultados do inquérito por êle procedido, o parecer da imprensa e o pronunciamento das sociedades médicas e jurídicas, que se ocuparam da questão, quando levantada a propósito do caso da interdição de Bárbara de Jesus. Vamos nos limitar a transcrever aquí a moção que a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal enviou então ao Congresso Nacional :

"Atendendo a que esta expressão tem significado técnico restrito, que não coincide com o mais amplo que lhe quis sem dúvida atribuir o legislador, pois que — "louco" — é o doente de um processo mental ativo — e há enfermos ou anômalos da mente, pecos ou retardados na evolução cerebral (idiotas, imbecís, cretinos, débeis mentais), há outros regrididos ou degredados por involução cerebral (todos os estados demenciais, desde os mais ou menos precoces, até os mais ou menos demorados da senilidade), que nem sempre são pròpriamente casos de loucura, mas, por igual, senão, as mais das vêzes tanto e mais incapazes que os outros e todos, uns e outros, justamente alienados ;

"Atendendo a que aquela expressão já tem sido objeto de debate no fôro e promovido abusos e injustiças, que a execução dos textos da lei "strictu sensu", certamente irá aumentando ;

"A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal julga do seu dever pedir para o caso a atenção do Congresso Federal, que bem pode corrigir a expressão infeliz onde se achar, pela de "alienados e deficientes mentais", cuidando sobretudo de que haja no Código Civil, além da interdição, o instituto jurídico da inabilitação ; a interdição será aplicável aos alienados e a inabilitação aos deficientes mentais, cujo estado imponha a privação parcial da capacidade civil."

As dúvidas que o presente caso suscitou vem demonstrar, mais uma vez, a necessidade de se fazer a modificação proposta por aquela douta corporação.

Damos por finda a nossa missão, respondendo ao único quesito apresentado :

P. — Ao tempo em que se efetuaram os átos jurídicos especificados nos itens 3.º a 23.º do libelo de fls. 52, era já o autor um louco, no sentido do artigo cinco, número dois, do Código Civil ?

R. — Sim. Antonio J. M. é, sempre foi e será sempre um louco no sentido do artigo cinco, número dois, do Código Civil.

CASO N.º 31. — *Parecer pedido pelo Juiz, para proteger os bens de um imbecil, ameaçado de ruina pela exploração dos amigos.*

H., brasileiro, branco, de 41 anos de idade, casado, reside em São Paulo, onde o examinámos.

O examinado é um homem de compleição muitíssimo frágil ; muito magro, alto, um tanto corcunda, tem o andar e os movimentos desengonçados e, para aumentar ainda mais a impressão desharmônica que sua presença desperta no observador, concorre não pouco sensível prognatismo que o obriga a conservar os lábios entreabertos, expondo continuamente à vista uma dentadura toda remendada, disforme e anti-estética. Êsse mesmo estigma degenerativo, o prognatismo, parece ser a causa não só da blesidade, que torna a sua fala por vêzes incompreensível, como do riso simiesco que a cada passo lhe deforma o semblante.

Tem na perna direita um eczema furfuráceo que de tempos em tempos se apresenta ulcerado, como se acha atualmente ; êsse eczema ulcerado é indício evidente de fraca saúde geral, ou pelo menos, de um vício de nutrição que lhe é constitucional.

Não podemos fazer aquí um histórico ou balanço genealógico, por que não há meio de obtermos dados seguros, positivos, sôbre os antecedentes de família do paciente.

Seus progenitores faleceram há muitos anos e o deixaram ainda menino. Foi êle criado, então, pelos tios, que se desvelaram em excessivos cuidados para conservar aquele organismo débil, raquítico, que se desenvolveu a muito custo, a-pesar-do extremoso zêlo dos pais adotivos.

De pouco valeram, porém, os cuidados e desvelos dos tios ; o tolhimento da evolução orgânica geral lhe provinha de um vício constitucional. Só aos trinta anos de idade foi que tomou o aspecto de homem e isso mesmo fìsicamente, porquanto o desenvolvimento psíquico ficou retardado e anômalo ; não acompanhou o crescimento do corpo de acôrdo com a idade.

Durante muito tempo abusou do onanismo, êle próprio o confessa.

Sôbre defeituosa base física é mui raro se encontrar uma organização psíquica normal, e isso porque difìcilmente o cérebro escapa às anomalias que perturbam o desenvolvimento somático geral. H. tem sua mentalidade aleijada, tal e qual sua conformação física. Suas aquisições intelectuais não atingiram siquer a uma cultura mediana, limitando-se ao que rigorosamente se chama instrução rudimentar.

Não manifesta interêsse por leitura de espécie alguma, nem de jornais e ainda menos de livros ; não tem a curiosidade natural, que existe em todo o homem normal, pelas cousas que o rodeiam no mundo exterior. Isso se explica pela dificuldade, sinão impossibilidade, em que êle se acha, de fixar a atenção sôbre uma série de idéias e pensamentos, sem perder o liame que os encadeia e os conduz a uma conclusão ou a um juízo lógico. A incapacidade no exercício da atenção voluntária é nele um fáto claramente visível ; foi mesmo a fraqueza dessa faculdade uma das causas do naufrágio das tentativas que se fizeram para instruí-lo.

Sua memória não é obliterada ; êle lembra-se mais ou menos bem de fátos que assistiu, que se deram consigo ; mas é de uma inópia lamentável quando se trata de contas de caráter comercial. Seus conhecimentos de aritmética são de uma indigência incrível, principalmente quando se têm em vista a vontade e os esforços com que os tios procuraram educá-lo. Não foi capaz de efetuar sem êrro uma simples multiplicação que lhe apresentamos ; era uma operação tão simples que um menino normal, de qualquer escola primária, a faria sem dificuldade e um caipira boçal, analfabeto, a faria de cabeça. Nada sabe ao certo de seus negócios, os quais são todos feitos por sua espôsa ; responde sempre em desacêrto às perguntas que nesse sentido se lhe dirigem. Si está em presença da própria espôsa, a nada responde sem lhe dirigir olhares interrogativos, que êle por si mesmo não sabe a quantas anda.

A marcha e a associação de suas idéias não apresentam desordem alguma no estreitíssimo círculo de sua faculdade; também não lhe notamos perturbações psíquicas elementares (alucinações ou ilusões), como não observamos interpretações delirantes de qualquer espécie ; só temos a notar a extrema penúria de sua imaginação. Uma conversação com o paciente é uma tarefa penosa, fatigante pela banalidade soporífera dos assuntos que lhe são accessíveis. Sua inteligência, muitíssimo curta, é incapaz de sair das idéias concretas e estender-se a uma generalização qualquer ou a idéias abstratas.

A faculdade, que se chama vontade, manifesta-se nele sob a forma inferior da teimosia. Quer, por que quer . . . E' cabeçudo. Êste fáto merece especial atenção. Quando se lhe encasqueta na cabeça alguma cousa, seja ou não um disparate, há-de fazer ; não há quem o convença do contrário. E' uma forma inferior da vontade, porque não procede de um raciocínio forte e bem equilibrado ; ao contrário, revela a estreiteza do campo da conciência, pobreza de imagens e idéias, incapacidade em encadear um raciocínio sob a forma silogística correta, sem a qual não existe luta de motivos, isto é, não se efetua o processo psíquico que, no homem de inteligência, prepara e dirige a vontade esclarecida.

Pelo lado afetivo, conseguimos saber que o paciente é muito irritável quando contrariado nos seus propósitos, fáto êste que se torna por demais notável quando êle se acha sob a ação do alcool ; nestas ocasiões é até agressivo e violento. Sua tendência para abusar de bebidas alcoólicas tem-se acentuado nestes últimos tempos, concorrendo bastante para lhe diminuir o valor intelectual, já por si muito fraco.

Além da irascibilidade acima mencionada, todos os que na vida doméstica o rodeiam notam nele sensível pendor à malevolência como qualidade mais ou menos constante de seu caráter. Assim é que, podendo causar incômodo ou molestar alguém, está êle contente e satisfeito.

Essa tendência não encontra explicação alguma ; não há hostilidade do meio social, nem embaraço na luta pela vida, porquanto esta lhe é dulcíssima, facilitada pela fortuna que lhe deixaram os tios. A malevolência gratuita, por prazer, é um estigma característico de degeneração psíquica.

Dêsse fáto passamos naturalmente a perscrutar seus sentimentos éticos e vimos que são êstes muitíssimo apagados ; sua sensibilidade moral é quasi nula ; predomina no paciente o egoismo em suas manifestações mais flagrantes. Quando nos contou um fáto íntimo da sua vida, que lhe deveria ser moral e profundamente doloroso, por diversas vêzes riu-se, com a risada alvar que lhe é própria, sem manifestar a lancinante dor moral que tal conhecimento causaria fatalmente a um homem normal. A ausência de vexame ou de pudor, ao narrar o fáto tão deprimente para êle, pôs em evidência a nossos olhos a indigência de seus sentimentos éticos.

Feito o exame que acabamos de expor, vamos resumir numa súmula as aquisições que nos permitem, num simples golpe de vista, um diagnóstico seguro.

Exame somático. — Saúde geral mui frágil.

Desenvolvimento retardado.

Conformação física defeituosa, isto é, abundância de estigmas físicos de degeneração.

Abuso do onanismo.
Tendência para o abuso do alcool.

Exame mental. — Inteligência fraquíssima.
Compreensão difícil.
Capital intelectual muito escasso, quasi nulo, pôsto lhe não faltassem os meios pecuniários para a conquista da instrução.
Imaginação estéril.
Dificuldade ou impossibilidade de fixar a atenção sôbre qualquer assunto sério.
Memória aparentemente regular, mas lacunosa e falsa para certas ordens de fátos.
Vontade não refletida e raciocinada, mas pertinaz: — teimosia egoística.
Caráter malevolente por embotamento da sensibilidade moral.
Estado afetivo indiferente ou facilmente colérico, quando o contrariam.

Conclusão. — Com êsses elementos, que acabamos de enfeixar para terminar o relatório, só há um diagnóstico possível: trata-se de um fraco de espírito. Para usar da expressão rigorosamente científica diremos que é um *imbecil*.

Respondemos, portanto, aos quesitos da seguinte maneira:

Ao 1.º — Qual o estado de saúde do examinando H., em relação às suas faculdades mentais?

Resposta: E' um imbecil; não é um doente, mas sim um enfêrmo; é como si disséssemos — um aleijado da inteligência.

Ao 2.º — Nesse caso pode êle reger sua pessoa e bens?

Resposta: A resposta a êste quadro nos parece seria de exclusiva competência do Juiz, porquanto implica uma sentença, mas si o Juiz faz a pergunta é porque quer saber nossa opinião. A nosso ver o examinando é incapaz.

Ao 3.º — A moléstia é susceptível de cura?

Resposta: Nasceu assim e assim será enquanto viver.

Ao 4.º — Em quanto tempo?

Resposta: Prejudicado.

E' o meu parecer.

(*a.*) Dr. Franco da Rocha.

PERÍCIA PSIQUIÁTRICA

1. Perícia médica e psiquiátrica. – 2. Papel do perito-psiquiatra. – 3. Compromisso dos peritos. – 4. Dificuldades do perito-psiquiatra. – 5. Métodos e regras da perícia psiquiátrica. – 6. Relatório médico-legal. – 7. Perícia em matéria administrativa. – 8. Perícias determinadas para a verificação da capacidade civil. – 9. Perícia psiquiátrico-criminal.

1. Perícia médica e psiquiátrica. — Quando o Poder Judiciário se vê na contingência de recorrer, para a apreciação exata de um determinado fáto, aos conhecimentos técnicos ou científicos de pessoas especializadas, tem lugar a perícia. Perícia médica seria, na definição de SOUZA LIMA, toda sindicância promovida por autoridade policial ou judiciária, acompanhada de exame em que, pela natureza do mesmo, os peritos devem ser médicos.

Toda vez que haja interferência de um médico para proceder a um exame mental, quer se trate de questões da esfera penal, civil ou administrativa, ocorre a perícia psiquiátrica.

Sempre que possível, deverá ser a perícia psiquiátrica procedida por médico especializado em patologia mental.

2. Papel do perito-psiquiatra. — Muito embora ao perito-psiquiatra cumpra apenas cingir-se ao seu papel de "ver e registrar", há casos em que se lhe permite entrar em maiores comentários, dada a ausência de conhecimentos, por parte das pessoas leigas, de uma ciência difícil como é a psiquiatria. A tal propósito comenta FRANCO DA ROCHA: "O médico não deve e não pode mesmo mostrar-se parcial, comover-se ou deixar-se arrastar por qualquer circunstância que acompanhe a questão em que vai servir. Entretanto, muitas vêzes terá êle necessidade, por defeito das leis, de deixar êsse rígido princípio entrar em explicações mais extensas, afim de orientar o juiz, sendo mesmo frequente e usual, entre quesitos apresentados por êste, achar-se um que implica uma sentença. Ei-lo: "F., nestas condições, tem conciência plena do mal que praticou e é responsável por seus átos?". O médico pode esquivar-se a dar resposta, alegando mesmo que isso compete ao juiz, visto ser uma sentença. Mas não deve pilatear dêsse modo, porque pode, com êsse áto, acarretar uma aplicação descabida da lei." ("Psiquiatria Forense", pág. 126, edição de 1905).

VALLON, um dos mais acatados psiquiatras forenses da França, ao tratar das perícias psiquiátricas assim se manifesta: "E' preciso, quando se tratar de exame mental, indicar si o áto ou átos têm ou não caráter patológico, dar a conhecer o valor semiológico dos fenômenos mórbidos consignados, estabelecer um diagnóstico ou um prognóstico, enfim mostrar as consequências médico-legais que decorrem dessa discussão, seja do ponto-de-vista da responsabilidade, seja da capacidade, conforme esteja em jôgo um processo criminal ou, ao contrário, um processo civil".

Em regra, as perícias psiquiátricas são muito discutidas, dando lugar a acalorados debates entre as partes. Entretanto, cabe aquí lembrar, ainda uma vez, as palavras de FRANCO DA ROCHA: "Deixemos de lado a célebre extravagância de KANT, para quem a opinião dos médicos, a respeito da loucura, era coisa inútil. Talvez no tempo do grande filósofo isso fosse verdade. Hoje ninguém pensa dêsse modo. E' o médico perito o verdadeiro árbitro da sorte do réu alienado, porque é o único que pode justiprecisar o grau da sua perturbação mental". (FRANCO DA ROCHA – "A Psiquiatria e o Código Penal Brasileiro" – Revista dos Tribunais. Vol. XII. Pág. 133).

3. ***Compromisso dos peritos.*** — No Estado de São Paulo, os peritos são convidados a assinar o seguinte

TERMO DE COMPROMISSO

Aos ____________________ dias do mês de ________________________ de mil novecentos e ______________________________, nesta cidade de São Paulo, no Palácio da Justiça, na sala dos despachos do Meritíssimo Juiz de Direito da _____________ Vara de Órfãos, Ausentes, Provedoria e Contencioso de Casamentos, Doutor ______
____
onde vim eu escrivão do seu cargo, adiante nomeado, e presente aí _______________
____
____
____
a quem o Meritíssimo Juiz deferiu compromisso na forma da lei, de bem e fielmente, com boa e sã conciência e sem dólo nem malícia, servir o cargo de _______________
____
____
____
prestado por êl____ o referido compromisso, assim o prometeu cumprir, e, para constar, lavrei êste termo, que lido e achado conforme, é assinado. __________________
____
____
____

4. *Dificuldades do perito-psiquiatra.* — Por vêzes, o perito-psiquiatra é chamado a dar um atestado médico para a internação de uma pessoa em um hospital psicopático, mas, por mais cuidadoso que seja na realização do exame, se lhe não deparam desordens psíquicas perfeitamente caracterizadas que o autorizem a afirmar, categòricamente, ser o paciente um alienado. Isso se dá, sobretudo, nos chamados casos fronteiriços, isto é, nos portadores de constituições psicopáticas, sujeitos a impulsões violentas, a surtos de excitação psico-motora condicionados ou não ao alcoolismo, que os levam a praticar átos inconsiderados, a irregularidades na conduta, a infligir maus tratos à família, etc. Não obstante, se apresentam perante o médico como indivíduos normais. Diante de um caso semelhante o médico deverá transcrever no atestado as principais informações colhidas na sua indagação, opinando pela internação do paciente, a título provisório, afim de se proceder a uma observação mais cuidadosa, da qual dependerá a permanência ou não do examinando em hospital.

Pode o médico ser procurado por um cliente que o consulta pela primeira vez e que dêle exige um atestado de sanidade mental, alegando precisar dêsse documento, visto como há quem ponha em dúvida a sua integridade psíquica. Tais pedidos são muitas vêzes feitos com insistência, senão com ameaças, colocando o médico em situação difícil. Em semelhante conjuntura deverá o médico procurar esquivar-se, alegando, por exemplo, que o simples fáto de uma pessoa se apresentar com um atestado de sanidade mental poderá levantar suspeitas, pois quem está realmente são de espírito não necessita de atestados dessa natureza. No caso de, sem embargo dessa ponderação, o doente insistir lhe seja fornecido o atestado, o médico deverá recorrer a uma série de subterfúgios, de forma a satisfazer o paciente e não se comprometer. Dirá, assim, ao redigir o documento: "Atesto, a pedido do próprio interessado, etc.".

No caso de não ter realmente consignado sintomas indicativos de perturbação mental, deixará bem claro ter examinado o doente no consultório ou a domicílio, não havendo verificado desordens mentais durante o prazo em que o paciente esteve sob suas vistas.

Poderá, outrossim, recorrer a termos técnicos, como aconselhava o saudoso Prof. JULIANO MOREIRA. Atestará, por exemplo, que o paciente não apresenta desordens das faculdades silogísticas, o que significa apenas que o indivíduo associa as idéias com coerência, o que não impede de apresentar êle idéias delirantes ou outros distúrbios psíquicos que não afetem as faculdades da lógica.

Si o paciente, entretanto, se prestar a uma observação mais prolongada, não haverá inconveniente, uma vez que não apresente real-

mente distúrbio mental, em que se lhe forneça minucioso e fundamentado relatório, de que êle poderá utilizar-se na defesa dos seus interêsses. (Vide exemplo no fim dêste capítulo).

5. *Métodos e regras da perícia psiquiátrica.* — Vários métodos são recomendados na realização da perícia psiquiátrica. Entretanto, todos êles, em suas linhas gerais, não variam muito entre si.

Costumamos adotar, ao empreendermos perícias dêste gênero, umas tantas regras que nos foram transmitidas pelo nosso pranteado mestre Prof. FRANCO DA ROCHA, a saber :

a) Não se deve desprezar minudência alguma na investigação, porque qualquer fáto, às vêzes insignificante na aparência, impõe mais acurado exame numa certa direção — cousa de que vai depender o esclarecimento de outros fenômenos até então enigmáticos.

b) Si não se chega a um resultado positivo e bem baseado, disso se deve, sem o menor constrangimento, fazer uma declaração, afim de que se prolongue o prazo do exame ou se faça a transferência do paciente para lugar mais conveniente ao exame.

c) Nunca, em caso algum, se dará parecer sôbre o estado de quem quer que seja sem o ter pessoalmente examinado. Só há uma hipótese em que tal fáto é admitido — quando já houver relatórios bem elaborados por médicos, relatórios sôbre os quais se pede parecer por ter sido impossível conseguir-se a presença do paciente, ou porque o paciente já tenha falecido. Mesmo assim, é preciso declarar em bons termos : "Em vista das informações que temos . . .", ou então "Pelo que se pode concluir . . .", ou ainda "Pelo que se pode concluir dêsses dados . . .".

Tais casos se darão em questões civís.

d) Os relatórios periciais têm por objetivo a verificação da existência ou não existência da moléstia ; nada têm com explicações teóricas que interpretem dêste ou daquele modo os fenômenos mórbidos. Não se deve recorrer a teorias ainda vacilantes para justificativa de informações.

e) Não devem as conclusões do relatório ser confusas, cheias de frases ambíguas ou de palavras em língua estrangeira. Quando a conclusão exigir uma cláusula, deve ela ser expressa com franqueza.

6. *Relatório médico-legal.* — O relatório médico-legal será redigido com cuidado, empregando o perito linguagem clara e simples, escoimada, tanto quanto possível, de termos científicos ou arrevezados. A êsse respeito são preciosas as palavras de VALLON : "O estilo deve ser simples e claro ; cumpre eliminar todo artifício, evitar as expressões ambíguas, as restrições e as reticências, que acabam por tirar toda significação às asserções emitidas ; faz-se também necessário empregar,

o menos possível, termos técnicos e, quando a isso se fôr obrigado, fica-se no dever de os explicar. O médico não deve esquecer que se dirige não a outros médicos, mas a homens da lei, não tendo conhecimentos de medicina. (Artigo de CHARLES VALLON. "Tratado de Patologia Mental" de BALLET, pág. 1446, edição de 1903).

7. ***Perícia em matéria administrativa.*** — *Internação.* A perícia psiquiátrica motivada por questões de ordem administrativa tem lugar frequentemente para o efeito de internação, na parte fechada de um estabelecimento adequado, de um doente apresentando distúrbios mentais.

Para a internação de doentes mentais na parte fechada dos estabelecimentos psiquiátricos dispõe a lei brasileira (Decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934), no seu artigo 12 :

"Serão documentos exigidos para toda internação, salvo nos casos previstos neste decreto : atestado médico, que sòmente será dispensado quando se tratar de ordem judicial, e certificado de identidade do internando.

§ 1.º — O atestado médico poderá ser substituído por guia do médico da Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

§ 2.º — Não poderá lavrar o atestado ou a guia de que trata êste artigo o médico que :

a) não tiver diploma registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social ;

b) requerer a internação ;

c) fôr parente consanguíneo ou afim em linha reta ou colateral até o 2.º grau, inclusive, do internando ;

d) fôr sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3.º — Êsses atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

§ 4.º — Êsses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justifique a necessidade ou conveniência de sua internação".

Convidado, assim, a dar um atestado para efeito de internação de um doente em hospital psicopático, deverá o médico proceder a um rigoroso exame do paciente, consignando os principais sintomas indicativos de desordem mental. Na redação do atestado, que deverá

ser selado de acôrdo com a lei, o perito assinalará primeiramente a pedido de quem é o mesmo fornecido — da família, de uma autoridade policial, etc. Ao depois procederá à qualificação do paciente, afim de evitar possa o atestado ser utilizado para a internação de outra pessoa que não o examinando. No caso do exame somático revelar lesões corporais que mereçam registradas, as mesmas devem ser inscritas no atestado. A seguir, devem ser anotadas as desordens mentais manifestadas pelo doente : primeiramente os distúrbios da percepção — alucinações e ilusões ; depois as idéias delirantes, o grau de inteligência, as desordens das faculdades afetivas, morais, etc. Si fôr possível chegar-se a um diagnóstico, o que nem sempre acontece num primeiro exame, o médico deverá mencioná-lo ; caso contrário, limitar-se-á a descrever a sintomatologia apresentada pelo doente. Importa, a seguir, anotar quais os principais átos mórbidos revelados pelo doente e as medidas acauteladoras exigidas para a defesa do meio social ou do próprio doente.

Eis alguns exemplos :

Eu, abaixo assinado, médico do Sanatório................., atesto, a pedido da família, ter examinado hoje em meu consultório o Snr......................., branco, brasileiro, com 24 anos de idade, solteiro, funcionário público, residente à rua...................... n.º......... O paciente apresenta distúrbios psíquicos caracterizados por alucinações auditivas, idéias delirantes de perseguição e de defesa, tendo já tentado agredir os pais e demais pessoas que com êle convivem, razão porque julgo necessária a internação do mesmo em estabelecimento adequado à assistência e tratamento exigidos pelo seu estado.

(*a.*) Dr. ....

Nós, abaixo assinados, médicos diplomados pela Faculdade de Medicina de ...., atestamos, a pedido do Dr................................, delegado de polícia de...................., ter examinado no ambulatório da Clínica...................o Snr......................., branco, italiano, com 45 anos de idade, casado, marcineiro, residente à rua.......... n.º....., onde foi ontem detido pela Rádio-Patrulha, no momento em que praticava átos desatinados. Verificámos a presença dos seguintes distúrbios somáticos : anisocoria evidente, presença do sinal de ARGYLL-ROBERTSON, disartria acentuada, tremores fibrilares dos músculos peri-orbiculares, da língua e dos dedos. Consignámos, ao demais, idéias delirantes megalomaníacas de riqueza, fôrça, prestígio e eróticas. O diagnóstico de paralisia geral (forma expansiva) se impõe, tanto mais quanto apuramos ter estado o paciente em tratamento na Santa Casa, onde foi praticado o exame do líquido céfalo-raqueano, que resultou positivo para as reações específicas da neuro-lues.

O paciente tem, pois, necessidade urgente de internação, não só porque oferece perigo à segurança social, como porque o seu estado exige o emprêgo imediato da malarioterapia.

(*aa.*) Drs. ....

A lei atual prevê contudo, é bem de ver, a internação voluntária de psicopatas em serviços abertos, sem essas formalidades.

Artigo 11 do citado decreto 24.559 :

"§ 1.º — Para a internação voluntária, que sòmente poderá ser feita em estabelecimento aberto, ou parte aberta de estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2.º — Para a internação por solicitação de outros, será exigida a prova da maioridade do requerente e de ter se avistado com o internado há menos de 7 dias contados da data do requerimento."

Em se tratando de réus, sentenciados ou condenados ao artigo 29 do Código Penal, aplica-se o "§ 3.º — A internação no Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do Juiz."

Convém, entretanto, lembrar a exigência do § 4.º do mesmo artigo e decreto, que reza :

"§ 4.º — Os pacientes cuja internação fôr requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica, serão sujeitos a exame na Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá então a respectiva guia."

São também os psiquiatras convocados com frequência para efetuarem perícias determinadas por pedidos de licença e aposentadoria de funcionários públicos, de empregados filiados a caixas de aposentadorias e pensões, etc. Em tais casos, as conclusões dos médicos devem ser exaradas com cautela, de acôrdo com as leis e regulamentos em vigor, afim de não prejudicar os interêsses do examinando, mas procurando também não lesar o Estado ou o patrimônio das caixas beneficentes. Rigor maior ainda exigem tais exames quando se tratar de perícias tendo por objetivo a verificação da invalidez do funcionário.

Cabe aquí transcrever as palavras do Prof. IRINEU MALAGUETA, extraídas do criterioso e bem documentado relatório apresentado ao Conselho Nacional do Trabalho, em 20 de agôsto de 1936: "Entre nós, nas Caixas de Aposentadorias e Pensões, em geral o problema da determinação da invalidez não tem merecido estudo cuidadoso. Entretanto, bem o merecia (pois não nos cansamos de repetí-lo) a aposentadoria concedida com justiça é um amparo, é um benefício, é uma das finalidades mais importantes do seguro social. Mas dada sem obedecer a um critério severo — atenta contra essas instituições :

1.º — porque os cálculos atuariais se fundam sôbre dados precisos, definidos ;

2.º — porque, aposentado sem invalidez, poderá concorrer com os de sua classe, prejudicando-os ;

3.º — porque, não empregando a capacidade restante no trabalho, pode empregá-la em fins nocivos à sociedade.

8. Perícias determinadas para a verificação da capacidade civil. — De acôrdo com a lei brasileira, os maiores de 21 anos tornam-se capazes de desempenhar todos os átos da vida civil. Entretanto, estabelece o nosso Código Civil algumas restrições :

Artigo 5.º (Capítulo I) — "São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os átos da vida civil :

I) — Os menores de dezesseis anos.
II) — Os loucos de todo o gênero.
III) — Os surdos-mudos que não puderem exprimir a sua vontade.
IV) — Os ausentes, declarados tais por átos do juiz."

Já tem sido fartamente comentada a infelicidade da expressão — "loucos de todo o gênero" (V. RAUL CAMARGO — "Loucos de todo o gênero") que se repete a cada passo no nosso Código Civil, a propósito da curatela :

Artigo 446, § 1.º — "Estão sujeitos à curatela :
I) — Os loucos de todo o gênero."

E no que concerne à capacidade de testar :

Artigo 1.627 — "São incapazes de testar :
§ II) — Os loucos de todo o gênero.
§ III) — Os que, ao testar, não estejam em seu perfeito juízo."

Toda vez que houver a suspeita de que alguém não se encontre em condições de exercer os átos da vida civil, o juiz determinará se proceda a uma perícia psiquiátrica. Do resultado desta dependerá a interdição. Decretada esta, si o interdito vier mais tarde a se restabelecer, o juiz promoverá nova perícia, afim de se apurar si há ou não razão para o levantamento da mesma.

As perícias em matéria civil são ainda procedidas quando se tratar da aplicação dos seguintes artigos do Código Civil :

Artigo 145 — "é nulo o áto jurídico, quando praticado por pessoa absolutamente incapaz."

Artigo 183 — "Não podem casar os incapazes de consentir ou de manifestar de modo inequívoco o seu consentimento."

9. Perícia psiquiátrico-criminal. — A perícia em matéria criminal envolve problemas extremamente complexos e dela derivam consequências de grande monta, que obrigam o perito a agir com grande cuidado e discernimento. Sempre que possível, o exame médico-psiquiátrico de um delinquente deverá ser feito em Manicômio Judiciário, onde há não só peritos especializados, como todos os elementos indispensáveis a tais perícias, ficando também o paciente livre de qualquer coação.

A perícia psiquiátrico-criminal é procedida toda vez que um detento apresente perturbação mental, quer seja antes, quer seja depois da condenação, isto é, quer se trate de um réu, de um sentenciado ou ainda de um criminoso classificado no artigo 27 do Código Penal Brasileiro, que diz:

Artigo 27 — "Não são criminosos:

§ 3.º — Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§ 4.º — Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no áto de cometer o crime."

Artigo 29 — "Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues a suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, si o seu estado mental assim o exigir para segurança do público."

Na realização e exposição da perícia-criminal pode-se adotar a seguinte ordem:

a) Identificação.
b) História criminal.
c) História social.
d) História médica.
e) Exame biotipológico.
f) Exame somático, com maior desenvolvimento do neurológico.
g) Exames subsidiários — Neuro-oftalmológico, radiológico, otorrinolaringológico, etc.
h) Provas de laboratório — Exames de sangue, fézes, urina, líquido céfalo-raqueano, metabolismo basal, interferometria, etc.
i) Exame psíquico.
j) Diagnóstico.
k) Comentários.
l) Conclusões.
m) Resposta aos quesitos apresentados pelo patrono do réu.
n) Resposta aos quesitos apresentados pela autoridade judiciária.

A perícia psiquiátrico-criminal de um condenado impõe também a máxima atenção e cuidado, considerando as suas consequências, visto como reza o artigo 68 do Código Penal:

Artigo 68 — "O condenado que achar-se em estado de loucura só entrará em cumprimento da pena quando recuperar as suas faculdades intelectuais.

Parágrafo único. — Si a enfermidade manifestar-se depois que o condenado estiver cumprindo a pena, ficará suspensa a sua execução, não se computando o tempo de suspensão no da condenação."

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO DA ALIENAÇÃO MENTAL

1. A simulação nos animais e através dos tempos. – 2. Dificuldade na simulação. – 3. Métodos para o reconhecimento da simulação. – 4. Simulação da epilepsia. – 5. Classificação dos simuladores. – 6. Dissimulação e sobressimulação.

1. A simulação nos animais e através dos tempos. — Os animais, quando em perigo, recorrem à simulação, fingindo-se mortos. Entomologistas e caçadores citam numerosos exemplos de insetos e animais que logram escapar aos seus inimigos recorrendo a êsse ardil. A simulação seria, assim, uma modalidade do instinto de defesa.

No homem, a simulação da loucura tem sido assinalada em várias emergências. INGENIEROS, cujos estudos sôbre o assunto são clássicos, ensina : "Nas condições em que se desenvolve a luta pela vida no ambiente social civilizado, a simulação da loucura pode resultar individualmente proveitosa, como forma de melhor adaptação às condições da luta, seja favorecendo diretamente o simulador, seja indiretamente, diminuindo as resistências que o ambiente opõe ao desenvolvimento e expansão de sua personalidade."

A história encerra muitos exemplos que demonstram ter o homem recorrido, desde a antiguidade, à simulação da insanidade mental, com o objetivo de alcançar diversos fins.

E' ainda INGENIEROS quem cita CÍCERO, narrando o caso de Ulisses, que, para não se separar de Penelope, urdiu engenhoso plano para escapar ao serviço militar, não vacilando em se fazer passar por doido. Assim, atrelou numa mesma charrúa um boi e um cavalo e pôs-se a revolver as areias da praia, semeando sal em vez de trigo.

Outros exemplos são frequentemente citados, entre os quais o de Solon, referido por PLUTARCO, e o de Daví, que teria por mais de uma vez simulado a loucura, exemplos êsses que revelam a frequência da simulação astuciosa entre os antigos.

GALENO, AMBROISE PARÉ e PAULO ZACHIAS dedicaram muitos trabalhos à simulação da loucura, propondo diferentes processos para desvendá-la e desmascarar os seus autores.

Na Idade Média o fáto dos alienados serem frequentemente apontados como possuídos pelo demônio e submetidos aos mais atrozes

suplícios, fez com que rareassem os casos de simulação, cujo principal objetivo — o de inspirar a comiseração alheia — seria inteiramente contraproducente.

No Brasil eram os casos de simulação relativamente frequentes entre os réus, que seriam instruídos pelos respectivos patronos, invocavam a dirimente da perturbação dos sentidos, pleiteando, depois de absolvidos, a volta ao seio de suas famílias, valendo-se de disposições do artigo 29 do Código Penal. Desde, porém, que foram creados os Manicômios Judiciários e que se adotou o critério de neles se recolherem os criminosos impronunciados, por doença mental, mas considerados perigosos ao meio social, os casos de simulação desapareceram quasi que por completo.

Segundo Afrânio Peixoto, cêrca de 90% dos simuladores se recrutam entre os criminosos; os 10% restantes seriam constituídos por conscritos, compromissados e até por ociosos, que procuram fácil meio para ter a subsistência assegurada sem trabalhar.

Entre os psicopatas, a dissimulação é relativamente frequente, maximé entre os pitiáticos e os mitomanos. Convém, todavia, lembrar as judiciosas palavras de Lasègue "On n'imite bien ce que l'on a".

2. ***Dificuldade na simulação.*** — O conceito errôneo que faz o público da loucura leva os simuladores, salvo uma ou outra exceção, a aparentar sintomas dispares e a crear quadros psíquicos que não correspondem a nenhuma das modalidades nosográficas da psiquiatria.

Na alienação mental há sempre certa associação lógica entre os sintomas registrados, que se agrupam entre si de forma concordante, permitindo chegar-se a uma conclusão diagnóstica. Na simulação tal não se dá. Os distúrbios da memória, sobretudo, levantam logo a suspeita, pois que um paciente que finge ter esquecido fátos relacionados com determinado áto criminoso, revela perfeita lembrança para outros adventos ocorridos na mesma época. Além do mais, nas psicopatias há vários sintomas somáticos associados aos psíquicos, que não são encontrados nos simuladores. Êstes exteriorizam idéias delirantes vagas, incoerentes e sem sequência, buscando exagerar grosseiramente certos sintomas, denunciando-se diante de um especialista experimentado e precavido.

Diz Afrânio Peixoto que se reconhece na prática a simulação pelos seus caractéres.

3. ***Métodos para o reconhecimento da simulação.*** — Numerosíssimos os processos sugeridos para descobrir os simuladores. Pelamedes, para demonstrar a falsa loucura de Ulisses, quando amanhava a terra conduzindo um arado puxado por um boi e um cavalo, colocou

o seu filho Telémaco arando o mesmo chão. Ao passar junto do filho, Ulisses habilmente desviou o arado para não ferí-lo e assim se descobriu a farça.

Contra a simulação há mistér se empregar também a simulação. Aconselha-se, para isso, uma série de artifícios, que são usados na prática, quasi sempre com sucesso. Entre êsses meios empregam os psiquiatras um ardil que consiste em se fazer crer ao simulador no êxito da sua mistificação, estranhando-se porém, ao comentar o caso junto a outros colegas, na presença do paciente, a inexistência de certos sintomas. Assim, menciona-se o fáto do doente se agitar à noite e não durante o dia, não suspirar, não fixar os objetos, não desprezar a comida, etc. A partir de então observa-se que o paciente começa a apresentar também êsses sintomas, buscando ludibriar os médicos.

Psiquiatras há que aconselham a remoção do simulador para a seção de agitados. Amedrontado, êle confessa então não ser doente, mas um mistificador. Outros recomendam duchas com grande pressão, correntes elétricas violentas, etc.; até o ferro em braza foi na antiguidade preconizado com êsse fim. Os meios de intimidação, como êste último, são deshumanos e contrários ao atual grau de civilização. A alcoolização dos simuladores já era um processo a que recorriam os antigos, partindo do princípio "in vino veritas".

Hodiernamente, vários inebriantes e entorpecentes têm sido preconizados com êsse mesmo fim: a beladona, a datura estramônio, o ópio, o haschich. Os autores americanos empregam o chamado sôro da verdade, que é uma mistura de barbitúricos e escopolamina.

Conseguimos, mais de uma vez, a confissão de simuladores, fazendo-os assistir à extração do líquido céfalo-raqueano em outros doentes e fazendo-lhes crer, por comentários entre enfermeiros, ser essa prática mortal nos indivíduos normais. Indivíduos que afetavam alheiamento e confusão mental protestavam energicamente ao se tentar puncioná-los, assumindo atitude em absoluta contradição com o comportamento anterior, terminando por confessar a sua má fé.

Em alguns manicômios judiciários alemães adota-se um método prático e eficaz. E' o paciente suspeito de simulação colocado num quarto onde há um espêlho especial, inteiramente transparente para as pessoas que observam de um compartimento ao lado, sem serem vistas pelo doente. Julgando-se a sós, os simuladores, cansados de assumir falsas atitudes, adotam outras posturas, têm outro proceder, sendo assim descobertos.

4. *Simulação da epilepsia.* — Como a epilepsia não exige simulação permanente, por isso que o indivíduo, passada a crise, se apresenta como um indivíduo normal, é esta uma das afecções nervosas mais simuladas. A julgar-se pelas referências dos autores, muitos simuladores

lograram no passado êxito completo, conseguindo o fim almejado, fazendo-se passar por epiléticos. Com os progressos da medicina, entretanto, já não há mais tanta possibilidade de se incidirem em erros, como ocorria antigamente.

Cabe aquí lembrar, entretanto, o fáto que se verificou, certo dia, no Hospício de Charenton, na França: ESQUIROL afirmára aos seus alunos que um ataque de epilepsia não podia ser perfeitamente simulado, nem siquer, como admitia TROUSSEAU, por um médico especializado. Dias depois se encontravam reunidos vários assistentes de ESQUIROL, discutindo casos clínicos, quando, sùbitamente, CALMEIL, um dos mais distintos dentre os seus discípulos, cái bruscamente ao chão, acometido logo por violentas convulsões. ESQUIROL exclama desolado: "Pobre rapaz, não sabia que era epilético". CALMEIL levanta-se imediatamente e diz: "Vêde, meu caro Mestre, que é possível simular-se um ataque de epilepsia".

O verdadeiro epilético apresenta logo depois da queda uma palidez cadavérica, os olhos se desviam para cima e para os lados, os lábios ficam arroxeados. Só passados alguns segundos é que se verifica a congestão do rosto. As pupilas se dilatam, não reagindo tanto à ação da luz como à acomodação à distância. O sinal de BABINSKI se mostra presente no decurso da crise convulsiva. Êstes sintomas permitem reconhecer-se o verdadeiro epilético. O clássico grito inicial, a mordedura da língua, a escuma sanguinolenta da boca, as convulsões tônico-clônicas podem ser facilmente simuladas por um indivíduo que tenha assistido a muitas crises epiléticas.

5. ***Classificação dos simuladores.*** — Várias classificações têm sido propostas para nelas se incluirem os simuladores, baseadas sobretudo na observação clínica.

A de INGENIEROS, que divide os simuladores em cinco grupos diferentes, preenche perfeitamente as exigências médico-legais.

São os seguintes os grupos por êle propostos: 1.º) Estados maníacos; 2.º) Estados depressivos; 3.º) Estados paranóicos; 4.º) Episódios psicopáticos sôbre fundo neuropático; 5.º) Estados confuso-demenciais.

Nos simuladores incluídos no grupo dos maníacos figurariam todos aqueles que afetam um exâgêro da atividade psico-motora, aparentando grande excitação psíquica e desusada atividade motora.

No segundo grupo, dos chamados melancólicos, os pacientes se fingem atacados de profunda tristeza, permanecendo quietos, comendo pouco ou recusando toda e qualquer alimentação. Entre os criminosos, esta forma de simulação não é rara e visa despertar a piedade dos juízes.

O grupo dos episódios psicopáticos é representado por todos aqueles que simulam idéias delirantes, sobretudo de perseguição e de grandeza, que são as mais conhecidas.

Finalmente, há ainda a se considerar o quinto e último grupo, dos estados confuso-demenciais, que abrange todas as formas disparatadas da simulação, nas quais os pacientes se fingem desmemoriados, confusos, alheiados, obnubilados, etc.

6. Dissimulação e sobressimulação. — Doentes mentais há, sobretudo portadores de idéias de perseguição, que procuram habilmente dissimular as suas idéias delirantes, receiosos de que os médicos também sejam seus inimigos.

Outras vêzes, capacitados de que só lograrão alta dos hospitais onde se encontram internados, quando já se não referirem aos seus pretensos inimigos, procuram aparentar completo restabelecimento, sobretudo perante a família. Tal aparência enganadora exige cuidadosa observação por parte dos médicos, principalmente quando se tratar de perseguidos-perseguidores.

Doente conhecemos que logrou iludir um alienista e assim conseguiu alta do hospital onde se encontrava havia oito anos por ter tentado assassinar um companheiro de trabalho. No dia seguinte, depois de ter deixado o hospital, o doente, que dissimulara durante anos as suas idéias persecutórias, armou-se e foi novamente à procura do seu pretenso inimigo, que, prevenido a tempo por uma pessoa da família que por acaso vira o paciente postado junto à porta da casa comercial onde a vítima trabalhava, pôde escapar a uma segunda agressão, sendo o paciente reinternado.

A sobressimulação, que consiste no fáto de um doente procurar afetar outros sintomas além dos que realmente apresenta, não é rara. Assim como há doentes que procuram atenuar os seus sintomas, há outros que exageram seus próprios sintomas, com um intúito qualquer.

CASO N.º 32. — *Crises epiléticas alegadas por um criminoso para justificar o assassinato da amante.*

QUALIFICAÇÃO. — José P. C., branco, brasileiro, casado, com 28 anos de idade, empregado no comércio, presentemente recolhido ao Manicômio Judiciário do Estado, para exame mental.

FÁTOS. — Em 9 de dezembro de 1930, José P. C., após discutir com sua amante Maria A., vibra-lhe três golpes nas costas com uma faca de cozinha, de que se munira momentos antes, prostrando-a ferida. Enquanto a vítima era socorrida por pessoas que se achavam em sua casa, o criminoso fugia para evitar o flagrante. Removida para a Santa Casa, Maria A., que sofrera uma seção da artéria axilar direita, sucumbia no dia seguinte, tendo os médicos que a autopsiaram concluído ter sido a morte consequente a forte hemorragia externa.

No dia subsequente, entregou-se José P. à prisão, prestando declarações por intermédio dos advogados que constituira, buscando justificar-se dizendo ter agido em legítima defesa, porque fôra ameaçado de morte por Maria A., que trazia uma arma na bolsa, fazendo menção de sacá-la enquanto discutia. A polícia apurou, entretanto, não existir arma alguma na bolsa da vítima.

Segundo as principais testemunhas do processo, os verdadeiros motivos da agressão prendem-se a uma antiga ligação que a vítima entretinha com determinado homem, com o que não concordava José P. C., que por essa razão, por mais de uma vez, ameaçou a amante de morte, caso não fosse atendido em seu desejo.

No auto de interrogatório, o réu protestou não ter feito declarações na polícia, porque nada sabia sôbre o ocorrido, apresentando a sua defesa por escrito, por intermédio de seu advogado, alegando ser um epilético, sujeito a crises convulsivas e a ausências, em abono do que juntava atestados de três facultativos que o haviam examinado durante as crises.

Diante disso, nomeou o M. Juiz de Direito da 1.ª Vara Criminal os peritos abaixo assinados para darem parecer sôbre o estado mental do paciente, respondendo aos quesitos apresentados. No desempenho dessa obrigação, redigimos o presente laudo.

Exame somático. — Trata-se de um indivíduo de estatura meã, de pequeno desenvolvimento muscular e com tecido adiposo escasso.

Não se consignam vícios de conformação congênitos ou adquiridos.

Para o lado do aparelho respiratório nada registramos digno de nota, salvo tórax de diâmetro pequeno. O paciente acusa pneumonia no seu passado mórbido.

O aparelho circulatório também nada revela digno de nota.

Aparelho digestivo e anexos normais; colum palpável. Não há preguiça intestinal.

Aparelho gênito-urinário: Blenorragia há cêrca de 5 anos. Presentemente, não há indícios de uretrite. Diz não ter sofrido outras doenças venéreas. Não há esternalgia, nem tibialgia, mas o gânglio de Ricord é palpável à esquerda.

Sistema nervoso. — Reflexos rotulianos normais. Aquilêos nítidos. Presentes os tendinosos nos membros superiores.

Os reflexos cutâneos — plantar, cremasterianos, abdominais superiores — normais. Os abdominais inferiores não reagem à excitação comum.

Não há distúrbios das sensibilidades.

Deambulação, equilíbrio, coordenação, motilidade — normais. Leves tremores dos dedos quando estende as mãos em atitude de juramento.

Exame neuro-ocular (Dr. J. Cândido da Silva): Anisocoria discreta — P.E. > P.D.; redução acentuada do raio de amplitude dos movimentos pupilares; a excitabilidade existe e a resposta é imediata à incidência da luz, mas observa-se que há comprometimento quantitativo dos elementos da via centrífuga do arco reflexo.

Visão ótima (V.A.O = 1); fundos normais.

Nada mais de anormal.

Exames biológicos. — Wassermann e Müller positivos (++) no sangue.

Liquor. — Linfocitose 3/3 em 1mm3; albumina 0,22 (tubo de Sicard); reações de Pandy e Weichbrodt negativas; reação de Wassermann negativa; reações coloidais — curva normal.

Prova da hiperpnéia. — Conseguimos obter do paciente 16 aspirações por minuto, durante 30 minutos.

No decorrer da prova não só não manifestou crise convulsiva como de nada se queixou.

As respirações foram bem regulares, mas não mui profundas. Aos 3 minutos, o pulso atingiu a 100 p'; logo depois desceu a 80, onde se manteve até o final da prova.

Reflexo óculo-cardíaco sem alterações.

Exame psíquico. — José P. conversa com bastante desembaraço, revelando inteligência viva e percepção rápida. Procura, com excesso de cortezia, captar a simpatia dos que dêle se aproximam, respondendo ao interrogatório sem manifestar

a menor emotividade, siquer quando lhe mostramos a fotografia da arma de que se servira para a prática do crime.

De humor alegre, encara a sua situação com franco otimismo, pois não tem a menor dúvida sôbre o *veredictum* do juri, que o absolverá diante da defesa cabal do patrono de sua causa.

Reperguntado sôbre o áto criminoso, cai em frequentes contradições, afirmando ora que a vítima o ameaçava de morte ; assim, receioso de que a mesma se utilizasse de uma arma que trazia na bolsa, viu-se na contingência de se defender. Em outros momentos alega ter sido agredido a garrafadas e que, no calor da luta, lançou mão da faca que estava ao seu alcance para se livrar de ser morto pela vítima, no seu dizer mulher forte e violenta.

Relata com abundância de minúcias a vida que levava, as circunstâncias em que conheceu Maria A., as relações desta com o antigo amante, com quem vivia em companhia de uma filha que houvera do matrimônio.

Nos reiterados exames a que sujeitamos o paciente, êste sempre se comportou como uma pessoa normal, não tendo nunca revelado desordens psíquicas. A atenção, a memória, a associação de idéias, o juízo crítico — absolutamente normais. Nunca foram observados distúrbios sensoriais, idéias delirantes, átos impulsivos ou indicativos de uma mentalidade desordenada.

Durante os vinte dias em que esteve recolhido ao Manicômio Judiciário não foi acometido por crises convulsivas, vertigem ou ausência. Atencioso, delicado, submeteu-se sem relutância a todas as provas que dêle foram exigidas, prestando-se a tudo da melhor boa vontade.

Observado de perto, não deixou vestígios, ao se levantar, de ter tido crises comiciais durante a noite — saliva sanguinolenta no travesseiro, lençóis umidecidos de urina em consequência de micção involuntária, equimoses sub-conjuntivais, etc.

Não procurou simular qualquer anormalidade ; pelo contrário, afirmou serem os atestados médicos, juntos aos autos, fornecidos por pessoas amigas, pois que a não ser certo mal estar, nauseas, estado vertiginoso e abundante transpiração de que foi por duas vêzes atacado, nunca apresentou qualquer outro distúrbio.

Em conclusão. — Em que pese o valor dos atestados médicos juntos aos autos, os peritos não puderam coligir provas que lhes permitam afirmar sofrer o paciente desordens psíquicas. As condições em que foi o crime praticado, a fuga do paciente após o áto delituoso para evitar o flagrante, as ameaças que o precederam, não falam em favor do mal comicial. Por sua vez, os exames somático e psíquico, a prova da hiperpnéia, os átos praticados pelo paciente durante os vinte dias em que esteve sob as nossas vistas, foram absolutamente negativos.

Bem sabemos, como já afirmava Legrand du Saulle, que um epilético, fora das crises, pode ser tão inteligente, tão ponderado, como um homem no gôzo da saúde mais perfeita. Com os elementos de que dispõe o psiquiatra no estado atual da ciência, não há meios precisos que permitam desvendar uma epilepsia latente. O estudo retrospectivo, as particularidades do crime, o procedimento posterior do criminoso e as provas recentemente propostas, como a da hiperpnéia, são os únicos elementos de certo valor. Êstes, no caso vertente, resultaram negativos.

Isso pôsto, passamos a responder aos quesitos que nos foram apresentados :

Quesitos formulados pelo M. Juiz :

1) – P. O paciente é um indivíduo temível?
R. No nosso entender é.

2) – P. Essa temibilidade do paciente põe em perigo a sociedade, achando-se o mesmo em liberdade?

R. Achamos que sim, quer se trate ou não de um epilético. No primeiro caso, a sociedade não pode ficar exposta às reações mórbidas de um indivíduo sem imputabilidade. No segundo, será êle um impulsivo, incapaz de refrear suas paixões e, portanto, temível.

QUESITOS FORMULADOS PELO DR. PROMOTOR PÚBLICO:

1) – P. José P. C., denunciado por haver assassinado Maria A., é um epilético?
R. O estudo e a observação do paciente não nos deram elementos que nos permitam afirmar.

2) – P. Encontram os peritos, no processo que lhe move a Justiça Pública por êsse homicídio, elementos para dizer se, no momento do crime, estava êle sob a influência de um acesso de epilepsia?
R. Não.

3 de julho de 1931.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA (relator).
(*a.*) Dr. FAUSTO GUERNER.

ACIDENTES DO TRABALHO E DESORDENS MENTAIS

1. Os distúrbios psíquicos e o risco profissional. — O sistema nervoso do homem é constituído pelo mais diferenciado dos tecidos e, dada a sua extrema sensibilidade, não pode deixar de se ressentir na mais nobre das suas funções, que é a psíquica, da sobrecarga e do esfôrço que hoje dêle se exige.

Realmente, o advento da máquina a vapor, da eletricidade, dos motores a explosão, os progressos da química industrial, o grande desenvolvimento das indústrias pesadas, a rapidez dos modernos meios de transporte, o trânsito acelerado das grandes cidades, em uma palavra, a vida intensa e cheia de preocupações do homem moderno repercute sôbre o seu frágil sistema nervoso, que muitas vêzes não pode resistir aos múltiplos fatores físicos, químicos, biológicos e psicológicos que sôbre êle incidem, gerando os mais variados transtornos mentais. Assim se explica o aumento crescente e alarmante, registrado em todo mundo, do número de psicopatas, que é tanto maior quanto mais civilizado fôr um país.

A generalização das leis de acidentes do trabalho, as numerosas aplicações das leis sociais, por seu lado vieram crear novos e complexos problemas no que toca às suas aplicações à patologia mental. Assim, vê-se o médico na contingência de perquirir não só os fatores que atuam diretamente sôbre o sistema nervoso, perturbando o seu regular

funcionamento, como também as concausas, que podem influir na deflagração de uma psicose, visando apurar devidamente os casos em que cabe a reparação dos infortúnios profissionais.

2. ***Doenças profissionais e acidentes do trabalho.*** — As primeiras leis relativas aos acidentes do trabalho só cogitavam dos casos que se seguiam imediatamente a um desastre. Mais tarde, verificou-se a necessidade de se ampararem não só os que eram vítimas de acidentes imediatos, mas também aqueles que ficavam parcial ou totalmente privados de sua capacidade de trabalho, em virtude da ação nociva de fatores agindo à distância — mecânicos, tóxicos ou biológicos — inerentes à profissão.

A êsse propósito ensina AFRÂNIO PEIXOTO: "Está porque, de acôrdo com êsse critério, poder-se-ia definir infortúnio industrial ou acidente do trabalho toda lesão corporal, ou perturbação funcional ou doença ou morte, produzida no exercício ou por causa do exercício profissional, e que determina limitação ou suspensão, permanente ou temporária, da capacidade do mesmo trabalho.

Dest'arte, a lei social da reparação dos infortúnios industriais repousa sôbre três fundamentos: *a*) o do direito tradicional, que do direito romano veiu aos códigos modernos, a reparação do dano causado; *b*) o do risco profissional que reconhece perigos e infortúnios próprios do trabalho, previsíveis e que devem ser reparados pela indústria que os causa; *c*) conciliação dêstes princípios, no que parece ter de antagônico, transação que, embora seja o perigo próprio do trabalho, consegue relativa reparação do dano sofrido pelo operário, a custa de quem aproveita o seu trabalho".

3. ***A observação dos acidentados com distúrbios mentais.*** — Os distúrbios psíquicos consequentes aos acidentes do trabalho são, na sua grande maioria, tardios. Nem sempre é fácil estabelecer-se uma relação de causa e efeito, porquanto há um grande número de fatores, uns hereditários, outros adquiridos, que podem ser invocados como predispondo à eclosão de uma psicose instalada logo após um acidente do trabalho.

Assim, cada caso exige estudo acurado. O médico se verá na contingência de observar demoradamente o paciente, levando em conta os antecedentes hereditários e pessoais, a vida pré-psicótica, as condições em que se verificou o acidente, o tempo transcorrido entre êste e os distúrbios mentais, a sintomatologia apresentada, a evolução da psicose, os resultados dos exames de laboratório e radiológicos, para só então emitir o seu parecer, que, ainda assim, deverá conter as ressalvas necessárias.

4. ***Nevroses post-traumáticas.*** — As questões médico-legais relacionadas com as nevroses post-traumáticas são assaz complexas e deli-

cadas. Isso decorre sobretudo do grande número de sintomas subjetivos, para apreciação dos quais não dispomos de outros recursos senão os elementos informativos do próprio paciente. Tais dificuldades foram assinaladas pelos especialistas encarregados, durante a grande guerra, de realizar perícias médico-legais.

Frequentemente, os distúrbios nervosos não estão em proporção com a natureza do traumatismo, o que se deve atribuir a vários outros fatores — a constituição do indivíduo, a sua hiperemotividade, o seu passado mórbido, etc.

No grupo das psicoses post-traumáticas se incluem vários estados nevróticos, entre os quais figuram a histeria, a neurastenia, a psicastenia, a ansiedade e as obsessões.

Segundo BERNHEIM, as nevroses são representadas por desordens funcionais puramente dinâmicas, de origem emotiva ou psíquica, secundárias a uma outra doença ou primitivas e suscetíveis de serem entretidas ou reproduzidas pela auto-sugestão.

Para CLAUDE, as nevroses são doenças devidas sobretudo a uma perturbação da afetividade e da vontade, que explode em virtude de uma predisposição congênita.

VERGER entende que no grupo das nevroses se devem enquadrar as moléstias do sistema nervoso, cujos sintomas nascem, evoluem e se desvanecem sob a influência de causas puramente psíquicas.

O primeiro autor a estabelecer as relações entre os traumatismos e as nevroses foi ERICHSEN, que as estudou sob a denominação de *Railway Brain* e *Railway Spin*, por isso que os traumatizados por êle estudados tinham sido vítimas de acidentes de estradas de ferro.

CHARCÔT não aceitou as conclusões de ERICHSEN, afirmando ser impossível estabelecer-se uma distinção entre as nevroses consequentes aos traumatismos e as que surgem espontaneamente. Assim, atribuia êle não ao acidente em si, mas à emoção por êle gerada, o aparecimento das desordens mentais subsequentes.

Mais tarde, OPPENHEIM, VIBERT, BRISSAUD e VERGER descreveram uma forma de nevrose traumática, moléstia específica ligada a lesões anatômicas, aparecendo independentemente de qualquer predisposição individual.

Assim, o número de observações de nevroses post-traumáticas aumentou consideravelmente, sobretudo após a sua inclusão nas leis sôbre acidentes do trabalho.

De acôrdo com a estatística de JESSEN, sôbre 292 vítimas de acidentes de caminhos de ferro, 30 apresentaram nevroses post-traumáticas; sôbre 500 vítimas de acidentes comuns, 11 vieram a apresentar nevroses.

Convém não esquecer também as palavras de T. VASILU e J. STANESCO: "Estamos todos de acôrdo em admitir que todo trauma-

tismo craneano pode ter influência nefasta sôbre essa organização federativa assaz complexa que é o encéfalo, determinando toda sorte de síndromos nervosos ou mentais, começando com uma simples cefaléia e terminando por paralisia geral, e não ser menos verdadeiro o fáto de todo acidente craneano ser capaz de pôr em evidência, ocasionar e mesmo agravar certos fenômenos mórbidos até então escondidos ou mesmo completamente ignorados.

Nos diversos casos de herança pesada, traduzindo-se às vêzes por certa suscetibilidade nervosa ou mental e mesmo aparentando normalidade, o traumatismo craneano, por mínimo que seja, é capaz de desencadear grandes perturbações de ordem neuro-psíquica.

Em outros casos de moléstias latentes, ignoradas pelo indivíduo e não reveladas ao médico não obstante todos os exames realizados por ocasião da entrada do doente, o acidente craneano, no correr do trabalho, poderá comprometer a existência, isto é, a vida inteira do indivíduo, tendo em vista a influência do choque físico sôbre o bom funcionamento do aparelho da razão."

5. *Estados neurastênicos e psicastênicos consequentes a traumatismos.* — Observa-se com frequência, após os traumatismos acompanhados de comoção cerebral, o aparecimento de um estado neurastênico, que alguns autores denominam neurastenia traumática.

O quadro clínico então observado se caracteriza por desnutrição, desordens neuro-vegetativas, astenia neuro-muscular, cefalalgias, insônia, atenção facilmente exaurível e sinais de cansaço cerebral após breve tempo de esfôrço mental.

Outras vêzes, ao lado da *surmenage* intelectual aparecem manifestações fóbicas e idéias obsidentes e hipocondríacas, com a convicção de incapacidade revelada pelo doente.

São essas as formas que Janet denomina *psicastênicas.*

Neste grupo se pode também incluir o chamado síndromo cefalálgico post-traumático por R. Benon, que entende constituir tal quadro um síndromo autônomo. Entre os elementos fundamentais do síndromo cefalálgico figuraria em primeiro lugar acentuada cefaléia inicial, agravando-se por paroxismos e surgindo imediatamente após o traumatismo. Tal cefaléia teria localização occipital de preferência, determinando sensações intracraneanas extremamente penosas, seguidas de astenia, incapacidade para o trabalho, estupôr e de extrema irritabilidade.

Vários dos síndromos cefalálgicos se acompanham, com o correr do tempo, de desordens nervosas e mentais as mais variadas.

6. *Acidentes do trabalho e nevroses emotivas.* — Certos indivíduos, de constituição hiperemotiva, são tomados de um tal pavor após um acidente, mesmo sem consequências graves, que passam a apresentar desde então uma série de sintomas, tais como: tremores,

palpitações, aceleração do ritmo cardíaco, dispnéia, crises de sudorese abundante; diarréia, poliuria e polaquiuria, distúrbios cenestésicos os mais variados, ansiedade cardíaca, respiratória, digestiva, sono agitado, etc.

Tais distúrbios se agravam, possivelmente pela formação de um reflexo condicionado, quando o paciente volta a ocupar o mesmo lugar que exercia ao se verificar o acidente. A êste grupo pertencem também as chamadas fobias traumáticas.

7. ***Histeria, pitiatismo e os acidentes do trabalho.*** — As manifestações histéricas, ou melhor, como quer BABINSKI, as desordens pitiáticas, são aquelas que se assemelham às lesões orgânicas do sistema nervoso, mas que não são senão o efeito da sugestibilidade do paciente, que se restabelece pela simples persuasão.

Entre as manifestações histéricas mais frequentes após os traumatismos figuram: as paralisias com as mais variadas distribuições, seguidas de impotência funcional; as contraturas; os espasmos; as algias; as crises convulsivas, que lembram as epiléticas; o mutismo; a cegueira e a surdez súbitas. Há casos em que explodem desordens da percepção e idéias delirantes logo após os acidentes.

Durante a guerra de 1914 se verificou um elevado número de casos de camptocormia ou camptoraquis, tipo clínico caracterizado pelo dorso curvo, atitude viciosa a que os cirurgiões denominaram, no início da guerra, cifose traumática.

À maior parte dos casos de camptocormia se seguiram as simples comoções por explosivos. Tais doentes se restabeleceram após a aplicação dos métodos habitualmente empregados na redução das contraturas hístero-traumáticas em geral.

BABINSKI aconselha o seguinte aos médicos encarregados das perícias em que houver fenômenos pitiáticos:

1.º) Não cometer o êrro de atribuir à histeria estados se manifestando por caracteres que a vontade é incapaz de despertar e que não são pitiáticos. Do contrário, ficará sujeito a desconhecer a importância dos prejuizos causados por acidentes e a privar, os que forem vítimas, de uma indenização legítima.

2.º) Por outro lado, disporá de outros meios para não dar lugar aos abusos que as leis sôbre acidentes do trabalho geraram, em consequência sobretudo da antiga concepção da histeria.

Sabendo que todos os fenômenos pitiáticos podem ser rigorosamente reproduzidos pela simulação, o médico deverá ficar de sobreaviso diante de um indivíduo apresentando distúrbios com caracteres pertencentes a êsse gênero de fenômenos. Assim, submeterá o doente a uma observação mais atenta, que às vêzes permitirá descobrir a fraude.

Verificada a existência de um acidente histérico, mesmo quando nada o autorize a suspeitar da boa fé do interessado, deverá êle declarar ser o prejuizo causado mínimo, porque as desordens histéricas cedem mercê de uma psicoterapia praticada em boas condições e, no que concerne às manifestações hístero-post-traumáticas em particular, a experiência mostra que elas desaparecem sempre, por assim dizer, após a sentença judiciária, que, regulando definitivamente a situação do sinistrado, o alivia da preocupação ocasionada pela espera do julgamento e suprime assim, sem dúvida, o principal entrave para a cura.

8. Associação histero-orgânica. — As associações hístero-orgânicas, os também chamados síndromos pitiático-orgânicos apresentam muitas vêzes sérias dificuldades na avaliação da incapacidade Os casos variam conforme os fenômenos pitiáticos predominam sôbre os orgânicos e vice-versa.

Recentemente acompanhamos um caso de acidente do trabalho, ao qual se seguiram fenômenos inflamatórios e uma nevrite infecciosa do mediano. A doente permaneceu longo tempo no hospital, apresentando, mais tarde, uma paresia da perna do mesmo lado, seguida de crises de movimentos clônicos intensos, de evidente natureza pitiática.

BABINSKI e FROMENT insistem sôbre tais associações hístero-orgânicas, sugerindo a importância, no diagnóstico diferencial, das incompatibilidades sintomáticas.

9. A sinistrose. — A palavra sinistrose foi creada por BRISSAUD para designar uma doença nova, até então observada, confusamente, pelos médicos encarregados de perícias.

Logo após a aplicação das leis de 1898 sôbre os acidentes do trabalho em França, verificou-se que a duração média da incapacidade consecutiva aos acidentes era muito maior do que a que se observava anteriormente. Tal fáto se deve, segundo BRISSAUD, a um estado mental mórbido, que seria a sinistrose, caracterizada por uma inibição especial da vontade, ou melhor, da boa vontade.

O sinistrado, em geral mal aconselhado ou interpretando erroneamente os seus direitos, não se decide a reencetar o trabalho, alegando impossibilidade de executá-lo em virtude das dores de que padece, da fadiga rápida ou de uma infinidade de outras perturbações subjetivas: estado vertiginoso, angústia, sensações de adormecimento, desordens vaso-motoras, etc. Daí decorre a sinistrose ou *rentenneurose*, que outra coisa não é senão uma psicose de indenização, desconhecida antes das leis de acidentes do trabalho.

Convencido de que tem direito a não trabalhar e a continuar a perceber os seus salários no todo ou em parte, pouco a pouco as suas idéias falsas, que a princípio serviam apenas de argumento, se trans-

formam ao depois em idéias fixas, anulando a auto-crítica e induzindo o indivíduo a um êrro evidente de interpretação, a que êle é levado muitas vêzes de boa fé.

Diz Brissaud que a interpretação errônea da lei se impõe com uma tenacidade obsidente e, por uma tendência natural, a ansiedade que caracteriza toda obsessão acaba por transformar uma perturbação primitivamente intelectual em um distúrbio emotivo e tão sòmente emotivo.

E. Forgue e E. Jeanbrau, referindo-se a um acidentado que não tinha absolutamente nada, ao qual os companheiros pensionados haviam persuadido que êle também tinha direito a uma pensão, referem o seguinte fáto, narrado por Ducamps :

"— Mas, afinal, que desejais? — perguntou um dia o professor Ducamps a um ferido sôbre o qual devia êle fazer uma perícia.

— Simplesmente uma pequena pensão de 300 ou 400 francos, como toda gente — respondeu com franqueza o pseudo ferido, fazendo alusão a um centro operário onde os simuladores aumentavam dia a dia na mais perfeita impunidade."

A maior parte dos indivíduos portadores de sinistrose são antigos feridos do couro cabeludo, que tempos passados depois do acidente continuam a se queixar de insônia, cefaléia, vertígens, irritabilidade, perda da memória, etc.

Todos os autores estão acordes em que a sinistrose não é uma consequência do acidente, mas sim o resultado indireto da indenização assegurada em todos os países pelas leis sociais.

Para Forgue e Jeanbrau, a origem de toda sinistrose repousa em geral sôbre um certificado médico oficioso consignando a existência de perturbações frequentemente impossíveis de controlar e prevendo uma incapacidade permanente.

Diz Roux : "Nunca seria demais advertir os médicos das consequências frequentemente desastrosas que podem ter os certificados ditos oficiosos para os feridos que buscam uma avaliação favorável da sua incapacidade.

Mal informados sôbre os acidentes e suas consequências, impressionados pelas queixas do acidentado e na impossibilidade de verificarem a sua procedência, obrigados a formular um diagnóstico tardio, os médicos têm grande tendência a se incorporar no ponto de vista do seu cliente.

Guiados frequentemente por considerações humanitárias, entendendo que mais vale, no caso de dúvida, beneficiar o pobre operário do que a rica Companhia, êles inscrevem sôbre o certificado a fôrça da incapacidade.

Bem poucos são os médicos que não se têm deixado assim influenciar. Só mais tarde é que se verifica o mau serviço que, com a melhor das intenções do mundo, se acarreta aos próprios acidentados. Sem serem menos benevolentes, tornam-se mais severos depois de terem visto infelizes, chumbados à idéia de uma renda a obter, retardarem indefinidamente a retomada do trabalho, dêle se deshabituando e mergulhando na miséria. Só então nos recriminamos do encorajamento que lhes foi dado. Tornamo-nos então mais severos e os certificados fornecidos vão sendo menos favoráveis e menos fáceis à medida que cada ano aumenta a maré montante dos exageradores e sinistrosados, quando são simples simuladores a escarnecerem de nós.

Afrânio Peixoto propõe para a sinistrose a denominação de *indenizofilia*, que para Brissaud comporta 4 sintomas habituais : insônia, dor de cabeça mais ou menos penosa, vertígens indefiníveis e exclusivamente subjetivas e irritabilidade do caráter.

10. Psicoses post-traumáticas. — No grupo das psicoses post-traumáticas se incluem as diversas perturbações mentais que surgem consecutivamente à ação de um traumatismo, que pode ser extremamente variável, não só no que diz respeito ao agente, como também no modo pelo qual se processou e a intensidade. Além de considerar as consequências dos efeitos decorrentes do próprio traumatismo, não se pode desprezar a possível influência de um choque emotivo concomitante.

Cumpre também, como já foi dito, estabelecer-se uma distinção entre os distúrbios mentais post-traumáticos que se instalam num indivíduo até então em perfeito estado de sanidade mental e os que surgem em pacientes tendo apresentado fenômenos neuro-psíquicos antes do acidente.

Evidentemente, a maior parte das perturbações mentais consequentes a traumatismos se verificam quando êstes se localizam sôbre o crâneo.

O traumatismo pode se verificar tanto pela queda de um objeto pesado sôbre a cabeça, como pela projeção desta contra um obstáculo, o que frequentemente ocorre nos acidentes do tráfego.

As perturbações psíquicas consequentes aos acidentes podem ser observadas quer nos traumatismos abertos do crâneo quer nos fechados. Nos traumatismos abertos, a substância cerebral apresenta quasi sempre lesões mais ou menos graves. Há casos, porém, nos quais, embora a caixa craneana permaneça intacta, o abalo violento provoca contusões cerebrais. Tal é o dos chamados síndromos comocionais puros.

A comoção cerebral, que Marchand define como o abalo mecânico provocado por violência exterior de uma parte ou da totalidade dos centros nervosos intracraneanos, pode ser provocada tanto pela ação

traumatisante, como pelos choques consequentes ao deslocamento de ar, à descompressão, vibração, que se seguem às grandes explosões.

Quando há fratura da caixa craneana, observam-se em regra, além da comoção e da contusão, fenômenos de compressão cerebral.

Muitas vêzes não há proporção entre a gravidade das lesões e os distúrbios psíquicos consignados. Assim, traumatismos graves são desacompanhados de desordens mentais, ao passo que outros, de aparência benigna, deixam sequelas psíquicas.

ADOLF MEYER, estudando as psicoses que se seguem aos traumatismos craneanos, propõe a seguinte classificação : *A*) Delírio traumático. *B*) Constituição traumática. *C*) Enfraquecimento mental post-traumático. *D*) Outros tipos.

LOUDET adota a classificação proposta por STÖLPER.

1.º) Trauma-psicosis — O traumatismo é a única causa da enfermidade (feridas e fraturas do crâneo, comoções graves).

2.º) Predisposição-trauma-psicosis — O traumatismo revela uma predisposição existente (delírio interpretativo, num indivíduo de constituição paranóide) ; demência precoce, em um esquizóide.

3.º) Trauma-predisposição-psicosis — O traumatismo crea uma predisposição, prepara um terreno, que uma causa ulterior virá pôr em jôgo (psicosis alcoólica de forma maníaca, surto delirante polimorfo desencadeado pelo alcool em um desequilibrado post-traumático). Neste caso o traumatismo atuou como causa predisponente, creando um terreno, e o alcool como causa determinante.

No primeiro grupo, das trauma-psicosis, seriam incluídos os seguintes síndromos mentais — *a*) síndromo confusional simples ; *b*) síndromo confusional alucinatório ; *c*) demência traumática post-confusional ; *d*) demência traumática primitiva ; *e*) síndromo de KORSAKOFF post-traumático ; *f*) psicosis epilética ; *g*) delírios sistematizados post-confusionais.

Na segunda categoria, proposta por STÖLPER, da predisposição-trauma-psicosis, figurariam as formas constitucionais que tiveram os seus sintomas agravados pelo traumatismo : paranóia num paranóide ; psicose alcoólica num alcoolista ; paralisia geral num antigo sifilítico.

Finalmente, no terceiro grupo, referente ao trauma-predisposição-psicosis, o traumatismo viria tornar o sistema nervoso mais vulnerável aos fatores capazes de provocar distúrbios mentais : — Psicose alcoólica num antigo traumatizado que se tornou etilista. Paralisia geral num antigo traumatizado que contraiu a lues, etc.

Outros autores, entre os quais LOGRE e BOUTTIER, reunem todos os síndromos traumáticos comuns num só grupo, clìnicamente caracterizado por : — Paresia psíquica. Estado intermediário entre o confu-

sional e o demencial. Deficit motor associado a deficit psíquico, ambos com tendência regressiva na maioria dos casos. Atenção e percepção instável e obtusa. Memória de fixação assaz prejudicada. Psico-motricidade entravada. Estado confusional com ansiedade ou com depressão.

*11. **Distúrbios psíquicos post-comocionais puros.*** — Êstes são os que se observam logo após os traumatismos diretos ou indiretos do crâneo. O acidentado, depois de ficar algumas horas ou mesmo alguns dias desacordado, mergulhado num estado de coma mais ou menos intenso, retoma gradualmente a sua atividade mental. Mas esta não é completa, pois que o paciente apresenta fenômenos nervosos caracterizados por um estado confusional, diminuição da percepção, morosidade na associação ideativa e, com grande frequência, desordens da memória.

Foi mesmo o estudo das condições psíquicas de um oficial que sofrêra uma queda de cavalo que permitiu a KOEMPFEM a discriminação da memória retrógrada e anterógrada. A amnésia retrógrada é em geral mais pronunciada após os traumatismos craneanos. Ao sair do estado de coma que se segue ao traumatismo, o paciente permanece em estado de obnubilação mental. Nessa fase, até recuperar por completo a sua lucidez, o doente tanto pode permanecer em estado de grande apatia, de um verdadeiro torpor psíquico, como pode ser acometido de um estado de excitação psico-motora mais ou menos intenso.

Entre os sintomas observados com maior frequência após os traumatismos craneanos figuram a dificuldade na elaboração intelectual, a atenção facilmente exaurível e as desordens da memória. Em alguns casos êsses fenômenos desaparecem com relativa rapidez, mas há outros em que persistem por longo tempo, podendo mesmo prolongar-se por toda a vida do paciente.

*12. **Epilepsia psíquica post-traumática.*** — Ao lado das crises convulsivas, que à guiza de sequelas surgem frequentemente após os traumatismos craneanos, pode-se observar o aparecimento de um grande número de equivalentes psíquicos da chamada epilepsia larvada, ou loucura epilética. Esta se caracteriza por átos impulsivos, tendência à irritabilidade, fugas sem destino, crises de excitação psico-motora de maior ou menor intensidade.

Grande importância tem, do ponto de vista médico-legal, o estudo das ausências ligadas às epilepsias post-traumáticas. STANDER estudou detidamente uma série de casos de ausência inerentes a epilepsias traumáticas. Tais casos merecem especial atenção, sobretudo quando o acidentado ocupar postos de responsabilidade : empregados de estradas de ferro, condutores de veículos, aviadores, etc.

Segundo ABADIE, as epilepsias traumáticas são assaz frequentes e podem ser observadas em todas as idades.

A grande guerra deu margem a que se estudassem detidamente as desordens mentais da epilepsia post-traumática.

As desordens psíquicas de natureza epilética podem afetar as mais variadas formas e surgem em alguns casos precocemente, aparecendo, em outros, em tempo remoto.

Embora seja mais frequente nos traumatismos penetrantes, que se acompanham de fraturas com a penetração de esquírulas ósseas, dilaceração das meninges, etc., a epilepsia psíquica pode também surgir nos traumatismos não penetrantes, em que há apenas ferimentos do couro cabeludo, com ou sem fratura das tábuas craneanas.

Dever-se-ão ter em conta, ao se estabelecer a previsão de uma possível epilepsia traumática, os antecedentes do ferido: epilepsia nos ascendentes, constituição, sífilis adquirida, abusos alcoólicos, etc.

A localização do traumatismo tem também capital importância. A epilepsia surge com maior frequência quando há lesão da região parietal. Vêm em seguida, por ordem de gravidade decrescente, as lesões dos lóbos frontais, temporais e occipitais.

Segundo ABADIE, as lesões da zona rolândica concorrem com 4/5 dos casos de epilepsia traumática.

Muitas vêzes, as epilepsias post-traumáticas que se iniciam pelo tipo Bravais-Jacksoniano podem mais tarde se tornar generalizadas e até mesmo se transformarem em formas de epilepsia psíquica.

Os casos de epilepsia traumática justificam, em regra, tratamento cirúrgico ou radioterápico, por isso que raramente a cura se processa espontaneamente.

As dificuldades do diagnóstico da natureza traumática da epilepsia psíquica como da motora, quando se trata de um traumatismo remoto não tendo deixado indícios, cicatrizes no couro cabeludo, fratura da caixa craneana revelável pelas provas radiográficas, desequilíbrio da tensão do líquido céfalo-raquidiano, são insuperáveis.

13. Confusão mental post-traumática. — Os síndromos confusionais que se seguem imediatamente aos traumatismos craneanos costumam se desvanecer progressivamente, deixando ou não pequenos transtornos da atenção, da memória, etc. Outras vêzes, porém, o estado confusional caminha para a cronicidade, evoluindo mesmo para um estado demencial com comprometimento das faculdades intelectuais, afetivas e morais.

A confusão mental crônica que se instala após um acidente é inteiramente idêntica àquela que se observa em consequência de fatores tóxicos ou infecciosos.

14. Paralisia geral traumática. — A questão da paralisia geral traumática tem merecido a atenção dos psiquiatras desde que se veri-

ficou a possibilidade do aparecimento dos sintomas que caracterizam aquela doença logo após os traumatismos.

Já Lasègue havia dito que o traumatismo craneano prepara um terreno favorável à eclosão da paralisia geral.

O estudo médico-legal das relações do traumatismo e da paralisia geral surgiu em consequência da aplicação direta das leis de acidentes do trabalho, como assinala Régis. Entretanto, está hoje perfeitamente comprovado que a paralisia geral só se instala num indivíduo sifilítico. Assim, não pode haver paralisia geral traumática em pessoas isentas de sífilis. O traumatismo pode apenas deflagrar uma paralisia geral latente ou precipitar a evolução de uma paralisia geral estacionária.

Alguns autores admitem que os traumatismos podem ter uma ação direta, facilitando a localização da sífilis sôbre o sistema nervoso, mas nesse caso indispensável se torna provar que o ferido não tenha tido antes qualquer acidente cerebral ; que o traumatismo tenha sido bastante violento para provocar um choque intenso do cérebro ; que os primeiros sinais da paralisia geral não tenham surgido nem muito precoce nem muito tardiamente ; finalmente, que o traumatismo no início da moléstia se relaciona com os distúrbios gerais.

Bernard assinala as dificuldades para determinar se o traumatismo age reàlmente como causa provocadora ou se se limita a tornar evidente a paralisia geral, até então em estado de latência. Com essa opinião concordam numerosos autores, entre os quais Schiril, para quem as perturbações confusionais post-traumáticas mascaram os sinais de uma paralisia geral já em evolução.

Quando os sintomas confusionais desaparecem é que a paralisia geral surge em seu quadro clássico.

Há casos sobremodo embaraçosos do ponto de vista médico-legal que se verificam quando a paralisia geral sucede imediatamente a um traumatismo num sifilítico. Evolue sem sinais comuns de especificidade cerebral, dando a impressão de se encontrar o paciente restabelecido, para alguns anos mais tarde, após um período de vida perfeitamente normal, surgir a doença de Bayle.

Lafora, compartilhando da opinião de muitos autores, conclue textualmente : "Algo semelhante podemos dizer da paralisia geral. E', pois, injusto imputar ao traumatismo craneano a produção de uma doença que já preexistia em estado de latência. A jurisprudência, em quasi todos os países, decidiu seguindo as perícias médicas contràriamente à indenização por ditos motivos."

15. Demência precoce e traumatismos craneanos. — Alguns autores, entre os quais Kraene, Le Guillant, Mareschal e Roncati, entendem que o quadro da demência precoce pode instalar-se, após um traumatismo, num paciente sem ter apresentado uma constituição esquizoide.

O problema se torna, entretanto, assaz delicado, como tivemos ocasião de consignar mais de uma vez, quando a demência precoce deflagra em seguida a um traumatismo, num portador da constituição esquizoide. O traumatismo atuará, então, como simples concausa.

Convém lembrar também a possibilidade de surgirem fenômenos catatônicos suscetíveis de serem confundidos com a forma catatônica da demência precoce devido a lesões da corticalidade, conforme assinalou GURDJIAN.

A eclosão da demência precoce paranoide deu lugar a um interessante comentário, relatado por TIRELLI, a propósito de um sinistro ferroviário ocorrido nove anos antes. Tratava-se de um caso de psicopatia bem caracterizada, sobrevinda quasi dez anos depois de um traumatismo sem maior importância, tanto assim que o paciente retomou o trabalho dez dias mais tarde. Após o acidente, o sinistrado passou sete anos sem nada manifestar, para depois apresentar um delírio de perseguição alucinatório e paranoide. Ficou inteiramente demonstrada a nenhuma relação entre o acidente e as manifestações psíquicas observadas dez anos depois.

BÉNON insiste na possibilidade da demência precoce surgir após um traumatismo craneano, citando, em abono de sua tese, vários casos de demência precoce post-traumática ocorridos durante a guerra.

TANZI é de opinião que a obscuridade e a incerteza da etiologia da demência precoce não permitem um juízo seguro no que toca à influência das causas traumáticas. Entretanto, reconhece que na grande maioria dos casos é evidente a prevalência de fatores endógenos e que ao traumatismo não se pode dar maior valor senão o de uma concausa.

Daí a razão por que se faz absolutamente indispensável recolher dados amnésicos precisos e se reconstituir a história mórbida da família, além de um estudo da personalidade do doente e das doenças pelo mesmo sofridas anteriormente.

JAKOB, referindo-se às relações dos traumas psíquicos e a esquizofrenia, disse ter examinado cêrca de 1000 dementes precoces, procurando indagar a possível existência de um traumatismo psíquico anterior à esquizofrenia, chegando à conclusão de que êste só atua num organismo predisposto.

16. Alcoolismo e traumatismos cerebrais. — Nos alcoólatras, após os traumatismos, sobretudo craneanos, pode-se observar o aparecimento de perturbações mentais mais ou menos acentuadas.

Nos países onde se consome grande quantidade de absinto, os alcoólatras inveterados apresentam, após os traumatismos, crises de *delirium tremens*, como assinalaram FORGUE e JEANBREAU, ODDO, etc.

Os distúrbios psíquicos provocados pelos traumatismos sofridos pelos alcoólatras podem ser consequentes à supressão brusca do alcool: delírio *a potu suspenso*.

O alcoolismo crônico determina uma esclerose difusa, atingindo todas as vísceras e localizando-se preferentemente nos centros nervosos. O menor traumatismo pode então desencadear fenômenos neuro-psíquicos. Não se pode, assim, considerá-los como uma neuro-psicopatia traumática pura. Em tais casos necessária se faz uma indagação cuidadosa dos antecedentes do paciente, sobretudo tendo em vista o empenho que fazem a família e os companheiros do sinistrado em ocultar a sua vida pregressa.

Um exame clínico cuidadoso permitirá muitas vêzes a verificação de sinais do alcoolismo crônico.

O acidente pode agravar e acelerar fenômenos decorrentes da intoxicação alcoólica. Tal é ocaso ocorrido em Orleans com um operário que, tendo caído sôbre a cabeça, faleceu dez dias depois. O perito concluiu que o acidente contribuira apenas para fazer explodir alterações que teriam permanecido latentes ainda por muito tempo e que a morte teria sido devida às lesões do alcoolismo, despertadas pelo acidente. O tribunal não tomou em consideração essas restrições por julgar que o pensamento humanitário que inspira os legisladores não leva a privar de toda indenização, em caso de acidente, os operários cuja saúde, embora alterada, lhes permitiria ainda por longo tempo dedicar-se a uma atividade profícua.

17. Excitação hipomaníaca post-traumática. — Após graves traumatismos cerebrais já se tem verificado o desencadeamento de um síndromo de excitação psico-motora com os característicos da excitação maníaca. O traumatizado, em regra, meses após o acidente começa a manifestar desusada alegria e uma jovialidade exagerada. A agitação motora acompanha a psíquica, notando-se tendência incoercível à movimentação e grande instabilidade. A agitação psico-motora concorre para dificultar a atenção voluntária, donde a fuga de idéias e a incapacidade da realização de trabalho mental pertinaz. Seguem-se desordens da conciência e decadência marcada da auto-crítica.

Segundo se tem observado, o estado de excitação hipomaníaca nos traumatizados se prende a um estado difuso de irritação córtico-meningéia. Foi-nos dado observar um aviador que um ano após grave acidente, em seguida ao qual permaneceu onze dias em estado de choque, manifestou um síndromo de excitação maníaca, com grande labilidade de humor, euforia, egocentrismo e aceleração na marcha do pensamento.

18. Distúrbios psíquicos consequentes a traumatismos craneanos na criança. — Sabido é que as infecções, como os traumatismos, agem sôbre o cérebro da criança cujo desenvolvimento não é ainda completo, de forma muito mais nociva que no adulto. Isso se comprovou, sobretudo, depois do advento da encefalite epidêmica, como assinala VERMEYLEN.

Os traumatismos craneanos ocorridos durante o parto provocam, não raro, sérias contusões do cérebro, afetando a inteligência e o caráter. E' o que acontece nas chamadas encefalopatias obstétricas.

Nas crianças tendo sofrido traumatismos craneanos pode-se observar tardiamente um síndromo perverso, com as mesmas características notadas após a encefalite epidêmica.

MORSELLI publicou quatro casos, nos quais observou desordens na esfera moral, seguidas de átos impulsivos e violências, em crianças tendo sofrido lesões craneanas frontais. Para êsse autor, as lesões traumáticas da região frontal direita trariam sobretudo desordens na esfera do caráter e as do lado esquerdo acarretariam de preferência diminuição da inteligência.

Há, pois, interêsse, sob o aspecto médico-legal, em se conhecerem êsses casos, que merecem também estudados à luz da moderna legislação de acidentes no trabalho.

19. Psicoses post-traumáticas periféricas. — São assim chamadas as psicoses que surgem após um traumatismo não localizado no crâneo. Um alcoolista pode, assim, sofrer uma queda, fraturar uma perna e apresentar logo depois distúrbios mentais.

São também conhecidas as psicoses post-operatórias, que se instalam nos emotivos e nos predispostos.

Fácil é de se avaliar a dificuldade em que se encontrará o perito para apurar se o traumatismo poderia ser invocado como agente causador dos distúrbios psíquicos, sobretudo quando se trata de acidentes banais seguidos de consequências graves em virtude das condições personalíssimas do sinistrado.

20. Diagnóstico. — O diagnóstico das psicoses post-traumáticas exige o concurso dos modernos processos semiológicos, sobretudo do exame radiológico do crâneo, com e sem contraste, e das provas biológicas realizadas no líquido céfalo-raqueano. Tais exames são absolutamente necessários para se poder avaliar devidamente a gravidade da lesão. E' óbvio se assinalar, também, a importância de um rigoroso exame neurológico, que poderá fornecer preciosos indícios de comprometimento do sistema nervoso. Sinal de compressão endocraneana de incontestável valor é o vômito dito cerebral, isto é, em projétil e desacompanhado de náuseas.

As hemorragias do ouvido e do nariz e as equimoses faringéias se verificam sobretudo nas fraturas da base do crâneo.

21. Problemas médico-legais. — São sobremodo intrincados e de difícil solução os casos de traumatismos craneanos que se acompanham de distúrbios neuro-psíquicos quando se trata de decidir questões atinentes aos acidentes verificados no trabalho.

Loudet é de opinião que importa principalmente se estabelecer a relação do síndromo psíquico com o traumatismo e ter em conta, sobretudo, o tempo do aparecimento e o ritmo evolutivo do dito síndromo. O fator cronológico é um elemento fundamental na apreciação dos fátos e pode se apresentar algumas vêzes de forma imprecisa e obscura.

Assim, dever-se-á, segundo aquele autor :

1.º) Comprovar-se a relação de causalidade (traumatismo — síndromo psíquico) ;

2.º) Avaliar a incapacidade e estabelecer a indenização ou as medidas legais correspondentes.

Duas dificuldades podem então se deparar ao perito :

1.º) O exame tardio do traumatizado ;

2.º) A ausência de dados técnicos sôbre as condições materiais do acidente e sôbre a sintomatologia imediata e mediata apresentada pelo traumatizado.

Na apreciação do fator cronológico, que é de grande importância, compete ao perito averiguar :

1.º) Se a psicose ou as desordens mentais se seguiram imediatamente ao traumatismo ;

2.º) Se a psicose surgiu mediatamente ;

3.º) Se os transtornos mentais são distanciados ou muito tardios.

Muitas vêzes, o perito mais experimentado poderá deparar com sérios obstáculos para formular juizo seguro, em virtude, como já ficou assinalado, do grande número de concausas em jôgo e da influência preponderante da personalidade pré-psicótica.

Um critério razoável a se adotar será o de não fugir às regras das demais perícias, quando não lhe fôr fácil opinar decisivamente, limitar-se a expor com clareza o que a ciência pode ilustrar, deixando a decisão final nas mãos do juiz.

22. Amnésias traumáticas e consequências médico-legais. — Pela sua importância, as amnésias traumáticas têm sido estudadas sob o ponto de vista criminal, médico-legal militar e civil.

No magnífico relatório apresentado ao Congresso dos médicos alienistas e neurologistas da França e dos países da língua francesa (Tunis, 1933), relativo ao assunto, o Prof. P. Abely chega às seguintes conclusões :

A amnésia traumática é mais um sintoma que um bloco sindrômico ; excepcionalmente se apresenta isolada e raramente autônoma ; se a

encontra em quasi todos os traumatismos craneanos, mas sobretudo associada a outros fenômenos mentais sobretudo confusionais, particularmente nos períodos vizinhos da comoção. Tardiamente, em casos raros, se a encontra em estado puro. Esta nota primordial tem grande interêsse médico-legal.

1.º — Sob o ponto de vista criminal, a amnésia traumática desempenha papel de média importância, especialmente no que concerne à gravidade dos delitos. E' sobretudo a amnésia anterógrada e de fixação que provoca as reações anti-sociais ; a amnésia lacunar e a retrógrada cream sobretudo conflitos e complicações sob o ponto de vista processual ou médico. O perito terá quasi sempre que concluir pela irresponsabilidade, mas quanto à internação só em casos excepcionais será considerada.

2.º — Sob o ponto de vista da medicina legal militar, a amnésia traumática acarretará delitos muito mais graves, sobretudo em período de guerra. Quando sua influência for posta em evidência de forma precisa (às vêzes com dificuldade), a eventualidade da reforma deverá ser ventilada, assim como o direito de uma pensão.

Atualmente, a legislação militar parece, nesse domínio, perfeitamente organizada.

3.º — Sob o ponto de vista civil a existência de uma amnésia traumática levantará problemas infinitamente múltiplos e variados.

Primeiramente, no que concerne à capacidade civil, dever-se-á considerar :

1.º — Medidas de proteção que, em tais casos, se mostram frequentemente assaz imperfeitas com relação às outras legislações estrangeiras.

2.º — O valor jurídico dos átos.

Em seguida, no respeitante à capacidade civil.

Enfim, deveremos focalizar as questões da incapacidade profissional e da indenização, que deverão variar segundo se trate de acidente do trabalho ou acidente do direito comum.

Julgamos que, si o sistema de indenização dado em capital e em uma vez, sem possibilidade de revisão, pode ser preconizado em muitas psicoses traumáticas, constitue uma medida má e prejudicial à vítima dos distúrbios mnésicos.

3.º — A simulação da amnésia traumática é frequente e muitas vêzes difícil de se apurar. Ao lado dos processos clássicos de exame já enumerados, sugerimos o interêsse da técnica da eterização que, infelizmente, é de emprêgo delicado e não admitido pela lei.

CASO N.º 33. — *Acidente no trabalho. Distúrbios neuropsíquicos alegados após o recebimento de um jacto de vapor. Sinistrose.*

Exmo. Snr. Dr. Juiz de Direito da Nona Vara Civel.

O abaixo assinado, professor catedrático de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, designado por V. Excia. para emitir parecer a propósito das condições do Snr. Manoel J. C., vítima de um acidente do trabalho quando no exercício de suas funções de operário da Vidraria Santa Marina, nesta capital, vem apresentar-lhe as conclusões a que chegou após o exame neuro-psiquiátrico a que submeteu o aludido paciente.

QUALIFICAÇÃO. — Manoel J. C., com 42 anos de idade, branco, português, casado, pedreiro, morador à rua Dr. D. C. n.º X - Vila Pompéia, nesta capital.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Pai falecido aos 48 anos de idade em conseqüência de um desastre. Mãe também falecida, aos 74 anos, de causa ignorada pelo paciente. Dois irmãos e uma irmã vivos e gozando boa saúde. Sabe ter tido outros irmãos, falecidos em tenra idade, não podendo todavia precisar o número dêles nem a causa-mortis.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Afirma-nos o paciente que sempre gozou boa saúde. E' tabagista, porém nega o uso de bebidas etílicas. Nega também qualquer acidente venéreo. A reação de WASSERMANN, praticada há cêrca de 2 meses na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, resultou negativa, segundo nos afirma o observando.

HISTÓRICO DO ACIDENTE. — Relata-nos o acidentado que no dia 23 de abril do corrente ano, entre 8 e 9 horas da manhã, ocupava-se, em companhia de outros operários, no reparo de um dos fornos da Vidraria Santa Marina, reparo êsse procedido num ambiente de temperatura elevadíssima produzida pela alta graduação do forno (1.300 a 1.400º), o que provocava abundante sudorese do paciente e dos seus companheiros de serviço. Em dado momento, sucedeu desprender-se do interior do forno um intenso jacto de vapor, que atingiu toda a cabeça do examinando, produzindo-lhe imediatamente tonturas, dores de cabeça e fortíssimos ardores em toda a região atingida. Retirou-se logo mais para sua residência, passando o dia todo a untar os pontos dolorosos com azeite doce, com o que conseguia suavizar os seus padecimentos por alguns instantes. No dia imediato retornou ao serviço, porém, ao abaixar-se para apanhar um tijolo, sentiu-se tomado de grande tontura, distúrbios da visão, sensação de estado vertiginoso, o que o obrigou a novamente abandonar o serviço. Apresentou, depois disso, um torticolo, com impossibilidade de mover a cabeça, tendo sido submetido a vários tratamentos. Esteve sob os cuidados do Dr. Henrique San Mindlin, que concluiu tratar-se de uma sinistrose, conseguindo o restabelecimento do torticolo apresentado pelo paciente após o torpedeamento.

Manoel J. C. queixa-se presentemente de cefaléia intermitente, estado vertiginoso, diminuição da acuidade visual, dores e formigamentos ao longo da coluna vertebral, dificuldade na movimentação do pescoço.

O exame otológico foi normal.

A radiografia da coluna cervical também nada acusa de anormal.

EXAME SOMÁTICO. — Trata-se de um homem de estatura média, compleição robusta, dotado de constituição pícnica, com bom desenvolvimento muscular. Mede 1m,61 de altura e pesa 65 quilos.

O exame dos diversos aparelhos e sistemas nada revela de anormal.

Pressão arterial: Mx. 14,5; Mn. 10.

EXAME NEUROLÓGICO. — Reflexos patelares presentes, vivos e iguais. Bicipital, tricipital, da munheca — idem. Leves tremores digitais. Pupilas reagindo bem à

ação da luz. Ausência de distúrbios dos territórios dos nervos craneanos, de sinais de irritação das vias piramidais, de desordens na esfera cerebelar e de distúrbios parapiramidais.

Exame psíquico. — O exame psíquico não revela a existência de desordens sensoriais ou idéias delirantes. A não ser a perseveração do doente em insistir nos seus padecimentos, os quais atribue ao acidente que teria sofrido, e os numerosos distúrbios cenestopáticos por êle referidos, nada mais observámos na esfera psíquica.

Isto pôsto, passamos a responder aos quesitos apresentados:

Quesitos do Curador Especial:

1.º — Apresenta o paciente lesões corporais ou perturbações funcionais ocasionadas no exercício do trabalho ou doença produzida pelo exercício ou em consequência do trabalho?

R. — Não apresenta. Nota-se, apenas, um estado psíquico creado pela convicção em que se encontra o paciente de fazer jús a uma indenização por um suposto acidente do trabalho, a que se denomina sinistrose ou indenizofilia.

2.º — Qual a causa e mecanismo de produção dessas lesões, perturbações ou doença?

R. — A causa das perturbações de que se queixa teria sido um violento jacto de vapor. Entretanto, nem siquer se verificou a mais leve queimadura, como afirma o próprio paciente.

3.º — Havendo diminuição permanente de capacidade para o trabalho, enquadram-se as lesões corporais, perturbações funcionais ou doença, que apresenta o paciente, nos casos estabelecidos nas tabelas expedidas com o Decreto Federal N.º 86, de 14 de Março de 1935?

R. — Prejudicado, visto não haver diminuição permanente de capacidade para o trabalho.

4.º — No caso afirmativo, em que número ou números de lesão?

R. — Prejudicado.

5.º — Na hipótese de não estarem as lesões corporais, perturbações funcionais ou doença profissional incluídas nas referidas tabelas, em quanto pode ser avaliada a incapacidade de trabalho sofrida pelo paciente?

R. — Prejudicado.

6.º — Dentro de que prazo poderá o paciente voltar ao trabalho?

R. — Prejudicado.

7.º — As lesões corporais, perturbações funcionais ou doença, que apresenta o paciente, poderão determinar a sua morte?

R. — Não poderão.

Quesitos da Ré:

1.º — Apresenta o A. alguma incapacidade para o trabalho oriunda do calor alegado?

R. — Não apresenta.

2.º — Estabelece o Dr. Perito relação de causa e efeito entre os fenômenos que o A. alegou ter apresentado e a ação do calor invocada?

R. — Sim, foi após o jacto de calor, sofrido durante o trabalho, que o paciente passou a alegar os distúrbios subjetivos de que se queixa, mas não houve, na realidade, qualquer lesão capaz de comprometer a saúde do paciente.

3.º — Trata-se de uma sinistrose?

R. — Sim. Trata-se de um caso típico de sinistrose. O paciente, que nada apresenta, está capacitado de não poder reencetar o trabalho, alegando não estar em condições de executá-lo, em virtude dos distúrbios de que padece, e ter direito a uma indenização. Trata-se, portanto, não de uma consequência do acidente, que no caso nem siquer produziu a menor lesão, mas sim da falsa interpretação dos direitos que lhe assistem de reclamar uma indenização.

FORGUE e JEANBREAU assinalam o fáto da maioria dos casos de sinistrose ter origem em certificados médicos oficiosos consignando a existência de perturbações de difícil averiguação e mal definidas. Tal parece ter sido a origem do presente caso, porquanto o paciente insiste na existência de um atestado, baseado no qual alimenta a idéia de pleitear um direito legítimo, quando na realidade tudo não passa de uma falsa interpretação, pois todos os elementos — mecanismo do acidente, inexistência de qualquer lesão capaz de comprometer o sistema nervoso, exames clínicos e subsidiários negativos — lhe são contrários.

E' esse o nosso parecer.

São Paulo, 6 de dezembro de 1939.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.

CASO N.º 34. — *Acidente no trabalho. Esquizofrenia instalada após violento traumatismo craneano, num indivíduo de constituição esquizóide.*

Eu, Prof. Dr. A. C. Pacheco e Silva, catedrático de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo em vista a solicitação formulada pelo Departamento de Acidentes do Trabalho da Companhia Sul América Terrestres, Marítimos e Acidentes, submetí a cuidadosa observação e acurado exame o Snr. W. B., após o que venho emitir o meu parecer sôbre o caso.

W. B., com 16 anos de idade, solteiro, branco, brasileiro, residente em São Paulo, à rua X, é auxiliar de escritório da firma Nagib Salem & Filho, estabelecidos com casa de fazendas à rua X, nesta capital.

No dia 2 de junho do corrente ano, por volta das 9 ½ horas da manhã, achava-se o examinando sentado à sua mesa de trabalho, entregue aos seus afazeres quotidianos, quando de uma altura de 8 a 10 metros, aproximadamente, um fardo de brim pesando cêrca de 80 quilos e acidentalmente escapulido das mãos de um outro empregado que procurava colocá-lo no respectivo lugar, veiu cair em cheio sôbre a mesa de W., tombando a seguir sôbre a cabeça do mesmo. Tão violenta foi a quêda que o móvel atingido sofreu sérias avarias e o paciente, caindo de costas, permaneceu desacordado por cêrca de meia hora, tendo sofrido forte contusão na cabeça e um ferimento inciso na região superciliar esquerda. Internado no Hospital Alemão, dalí veiu a sair com alta 11 dias após. Começou então a queixar-se de pontadas na cabeça, tonturas, tremores dos membros inferiores, distúrbios da esfera visual, epistaxe.

O interrogatório sôbre os seus antecedentes — hereditários e pessoais — nada revelou de maior importância: seus progenitores são vivos e sadios. Tem quatro irmãos que gozam perfeita saúde. Diz o examinando, o que aliás foi confirmado por seu pai, nunca ter havido qualquer caso de moléstia nervosa ou mental na família. Para o lado do paciente, só há a se registrar uma bronquite, de que foi acometido aos 7 anos de idade. Até os 10 anos era de uma constituição sensìvelmente franzina, começando desde então a engordar.

Rapaz de compleição robusta, mede presentemente 1,67 de altura e pesa 69 quilos. Mostra-se jovial, respondendo sempre sorridente às perguntas que se lhe fazem.

Apresenta uma cicatriz no supercílio esquerdo, com a fenda palpebral do mesmo lado menor que a do lado oposto, em consequência do acidente de que foi vítima. A pele da região frontal, nas circunvizinhanças da cicatriz, mostra-se insensível. As extremidades apresentam-se frias e com sudorese.

Para o lado dos aparelhos nada foi verificado digno de nota.

O exame neurológico revelou vivacidade dos reflexos superficiais e profundos.

Os distúrbios psíquicos manifestaram-se cêrca de um mês após o acidente que trouxe W.B. à minha presença. Tornou-se então patente aos olhos de todos quantos com êle conviviam a transformação brusca por que passou o seu caráter. Assim é que, de rigoroso cumpridor dos seus deveres e extremamente pontual que era na hora de entrada para o serviço, onde chegava sempre muito antes da abertura do estabelecimento, passou a mostrar-se desleixado e a desrespeitar flagrantemente o horário da casa, alí ingressando sempre com grande atrazo. Nem por isso, entretanto, podem os seus patrões chamar a sua atenção para o fáto, pois que W. lhes responde com aspereza, chegando até a ameaçá-los, quando, antes do acidente, se mostrava dócil e obediente para com todos. Apresenta-se desinteressado pelo serviço, indiferente, irritável, impulsivo. Assume atitudes extravagantes, ri sem motivos justificados. Sente dificuldades na elaboração de trabalhos intelectuais. Entrega-se à masturbação.

Do estudo a que procedí com relação ao presente caso resulta a conclusão seguinte : W. B. é hoje portador de um processo esquizofrênico incipiente. E' inegável todavia que, antes mesmo do fáto ocorrido a 2 de junho próximo passado, já possuia êle uma constituição esquizóide, tendo o acidente de que foi vítima atuado, a meu ver, como causa determinante dos distúrbios que ora apresenta.

Tal é o meu parecer.

São Paulo, 16 de setembro de 1938.

(*a.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva.

CASO N.º 35. — *Acidente no trabalho. Traumatismo craneano. Neurastenia traumática. Avaliação da incapacidade.*

O abaixo assinado, Professor Dr. A. C. Pacheco e Silva, catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, perito nomeado pelo M. Juiz de Direito da Nona Vara Civel para proceder a exame psiquiátrico na pessoa de A. P., vítima de um acidente do trabalho, vem, após cuidadoso estudo do caso, relatar o resultado de suas observações.

Qualificação. — A. P., com 18 anos de idade, brasileiro, solteiro, residente à rua X, nesta capital.

Antecedentes hereditários. — Pais vivos e sadios. Quatro irmãos, dos quais 3 são vivos e gozam boa saúde ; um faleceu aos 3 dias de idade. Pai tabagista moderado, negando o uso de bebidas alcoólicas.

Antecedentes pessoais. — Nascido a termo, de parto normal. Sarampo aos 3 anos. Tabagista moderado. Nega etilismo e passado venéreo.

Fátos. — Pela leitura dos Autos respectivos e segundo informações prestadas pelo paciente e seus progenitores, depreende-se que no dia 7 de agôsto de 1938, por volta das 17,40 horas, A. P., ajudante de mecânico da Garage Empreza de Auto-Onibus Belém-Água Raza, sita à Av. Álvaro Ramos, enchia um pneumático de automóvel, quando aconteceu o mesmo estourar, indo o friso atingí-lo na cabeça, produzindo-lhe lesões na região fronto-temporal esquerda. Caindo desacordado, foi daí conduzido para a Assistência Pública e desta transportado para o Hospital Alemão, de onde teve alta um mês depois. Entretanto, alegando que, como consequência do

acidente, vem desde então manifestando distúrbios psíquicos, requer A. P., pelo seu advogado Dr. J. J. da Gama e Silva, a indenização a que se julga com direito. E para dizermos sôbre as condições psíquicas da vítima é que fomos nomeados pelo M. Juiz de Direito da Nona Vara Civel.

EXAME SOMÁTICO. — Trata-se de um rapaz de estatura mediana, com escasso tecido adiposo, regular desenvolvimento muscular, apresentando leve grau de cifose e leve escoliose (ômbro esquerdo um pouco mais baixo que o direito).

Circunferência do crâneo = 53 centímetros.

Pêso — 55,500 grs. Altura — 1,72 cms.

Hiperhidrose acentuada das extremidades, sobretudo dos pés.

Nada observámos de anormal ao exame dos órgãos essenciais à vida.

Pressão arterial : Mx.: 11,5 ; Mn.: 7.

Pulso regular, batendo 60 vêzes por minuto.

EXAME NEUROLÓGICO. — Equilíbrio estático perfeito. Ausência do sinal de ROMBERG. Ausência de dismetria dos membros superiores. Ausência de adiodococinesia. Ausência de tremores digitais. Reflexos cubital e tricipital presentes e iguais. Reflexos patelares idem, idem. Reflexos cutâneos abdominais normais. Reflexos cremasterianos idem. Ausência do sinal de BABINSKI e suas variantes.

Fôrça muscular : Dinamometria : D = 25 ; E = 35 (Dinamômetro de RICORD).

Hipersensibilidade do crâneo à percussão.

Íntegros os territórios dos nervos craneanos.

Pupilas iguais. Ausência de nistágmo.

EXAME PSÍQUICO. — Alega o paciente que, quando recebeu o ferimento na cabeça, teria também se contundido uma das pernas e os testículos e que desde essa ocasião passou a ter a urina muito carregada e de coloração avermelhada, o que não apresentava anteriormente.

Diz que, após o traumatismo de que foi vítima, permaneceu sem sentidos, tendo sido transferido para o Hospital Alemão, onde só mais tarde recobrou sua conciência. Que desde então nunca mais gozou perfeita saúde, porquanto apresenta estado vertiginoso, dificuldade em todo e qualquer esfôrço mental, permanecendo constantemente com dor de cabeça bastante intensa.

Afirma a progenitora do paciente que êste apresenta, de quando em quando, crises de excitação muito violentas, promovendo desatinos, quebrando objetos e tentando agredir as pessoas que com êle convivem.

Examinámos A. P. por várias vêzes, tendo notado que realmente êle apresenta um estado depressivo mais ou menos acentuado, com apatia, bradipsiquia e leve obnubilação mental, desordens cenestésicas e perturbações da memória. Tais sintomas têm melhorado progressivamente, embora o paciente não se encontre ainda totalmente restabelecido. Temos, assim, a impressão de estarmos diante de um caso que se enquadra dentro das formas de neurastenia traumática.

EXAMES PARACLÍNICOS. — Uma nova radiografia, procedida pelo Prof. Raphael P. de Barros, deu o seguinte resultado :

"Pelas radiografias da região ântero-parietal superior esquerda, assinalada 2 centímetros acima da pequena "flecha metálica", notamos apenas uma ligeira alteração da textura óssea com uma zona de maior transparência. Pelas radiografias feitas, tangenciando a zona lesada, verifica-se muito ligeira depressão da tábua externa com adelgaçamento da vítrea. A depressão é pequena, as alterações são discretas, não existem sinais de exostoses endo-craneanas."

Isso pôsto, passamos a responder aos quesitos apresentados pelo Autor.

1.º) – P. O A. apresenta lesões corporais, perturbações funcionais ocasionadas no exercício do trabalho ou doença produzida pelo exercício ou em consequência do trabalho?

R. Sim. A. P. apresenta distúrbios funcionais psíquicos consequentes ao acidente sofrido no trabalho.

2.º) – P. Qual a causa e mecanismo de produção dessas lesões, perturbações ou doenças?

R. Traumatismo craneano.

3.º) – P. Em que N.º ou Ns. de lesão enquadram-se as lesões corporais, perturbações funcionais ou doença que apresenta o paciente?

R. No número 23 (vinte e três).

4.º) – P. Na hipótese de não estarem as lesões corporais, perturbações funcionais ou doença incluidas nas referidas Tabelas, em quanto pode ser avaliada a incapacidade de trabalho sofrida pelo paciente?

R. Prejudicado.

Quesitos da Ré:

1.º) – P. Apresenta o A. quaisquer distúrbios psíquicos ou mentais? Em caso positivo, pede-se a exposição detalhada dos mesmos.

R. Sim. A. P. apresenta leves distúrbios psíquicos, caracterizados sobretudo por bradipsiquia, dificuldade na associação ideativa, torpor psíquico e dismnésias.

2.º) – P. Em caso de resposta positiva ao 1.º quesito: há qualquer relação de casualidade entre o traumatismo sofrido pelo A. e as perturbações por êle apresentadas?

R. Sim.

3.º) – P. Apresenta o A. qualquer incapacidade permanente para o trabalho em consequência do acidente que sofreu em 7/8/38? Caso positivo: em que número da Tabela Legal de Indenizações se enquadra a incapacidade do A.?

R. A. P. não apresenta incapacidade permanente para o trabalho, por isso que apresentou melhoras durante o período em que o tivemos sob nossa observação.

4.º) – P. Apresenta o A. qualquer incapacidade temporária para o trabalho?

R. Sim.

5.º) – P. Tendo-se em conta a radiografia junta aos Autos, datada de 26/8/38, e a natureza das lesões recebidas pelo A., foi o seu médico assistente precipitado ou prematuro ao dar-lhe alta de seu tratamento em 27/8/28?

R. Não se pode dizer que tenha sido precipitado ou prematuro o médico assistente do A. ao dar-lhe alta de seu tratamento em 27/8/38, porquanto muitas vêzes os fenômenos nervosos, no caso de traumatismo craneano, surgem tardiamente.

São Paulo, 31 de março de 1939.

(*a.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva.

Exmo. Snr. Dr. Juiz de Direito da Nona Vara Civel.

Em aditamento ao parecer que emití em data de 31 de março próximo passado, tenho a honra de apresentar a V. Excia. as respostas às perguntas elucidativas formuladas pela ré "Empreza Auto-Onibus Belém-Água Raza" e pelo autor A. P.:

PERGUNTAS ELUCIDATIVAS DA RE'

1 – *a*) A resposta dada ao 3.º quesito do autor contém uma classificação da incapacidade do autor ou ao contrário, apenas uma referência ao seu estado atual, que tende a evoluir no sentido da cura, como afirma o dr. Perito em resposta a outro quesito?

R. – A resposta ao quesito n.º 3 foi dada em virtude do perito, embora não considerando o autor com uma incapacidade permanente, julgar não lhe ser possível voltar ao trabalho dentro do prazo de um ano, a partir de quando, de acôrdo com a Lei, a incapacidade é considerada permanente.

b) Se contém uma classificação, isto é, se o dr. Perito o enquadrou na Tabela Legal, é porque julga que o autor seja portador de uma incapacidade que diminue por toda a vida, a sua capacidade de trabalho?

R. – Prejudicada.

c) Em caso de resposta afirmativa à pergunta anterior, como a concilia o dr. Perito com as respostas dadas aos 3.º, 4.º e 5.º quesitos da ré?

R. – Prejudicada.

2 – *a*). O estado do autor representa uma redução de cêrca de 50 % na sua capacidade de trabalho?

R. – Sim.

3 – *a*) O dr. Perito teve outros elementos para o diagnóstico além dos que decorreram da radiografia que mandou fazer e exame do paciente?

R. – Sim. Elementos colhidos no exame neuro-psiquiátrico.

b) Quanto tempo esteve o paciente sob sua observação?

R. – Cêrca de um mês.

c) Quantas vêzes foi êle examinado pelo dr. Perito?

R. – Cinco ou seis vêzes.

d) Em que consistiram êsses exames?

R. – No exame neuro-psiquiátrico, cujos resultados foram descritos no laudo.

e) Não é comum a simulação nos casos de moléstias nervosas? No caso do autor pode ser positivamente afastada essa hipótese? Porque?

R. – E' comum, mas no caso presente afastamos tal hipótese pelos resultados a que chegámos após reiterados exames do paciente.

PERGUNTA ELUCIDATIVA DO AUTOR

P. – Tendo o digno perito médico enquadrado a lesão do paciente no N.º 23 da Tabela de Incapacidades permanentes e por um lapso declarado em outra resposta que a incapacidade era temporária, pergunta-se: Achando-se enquadrada na Tabela de Incapacidades permanentes N.º "23" e mesmo não tendo decorrido mais de um ano do acidente (Art. 16 § Unico do Dec. 24.637, de 10 de julho de 1934 – Lei de Acidentes) não é a incapacidade do paciente — parcial permanente?

R. – O fáto de uma incapacidade ir além de um ano não significa ser ela permanente do ponto de vista clínico. Entretanto, como a Lei de Acidentes qualifica de permanente toda incapacidade por tempo superior a um ano e sendo convicção do perito não ser possível ao autor voltar ao trabalho dentro dêsse prazo, entende razoável enquadrar desde já o estado do paciente no N.º 23 da Tabela de Incapacidades permanentes. (Art. 16 § único da Lei de Acidentes).

São Paulo, 28 de abril de 1939.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.

CASO N.º 36. — *Acidente no trabalho. Desordens psíquicas subsequentes à hospitalização. Constituição hiperemotiva e pitiática.*

Parecer médico-legal sôbre o estado mental de Dona I. R. P., brasileira, parda, com 23 anos de idade, casada, operária, residente à rua X, nesta capital, vítima de um acidente no trabalho, emitido pelos Drs. Prof. A. C. Pacheco e Silva e Pedro Augusto da Silva.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Duas tias padecem distúrbios mentais. A progenitora tornou-se etilista já na idade involutiva.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Teve as moléstias peculiares à infância. Menarca aos 13 anos. Desde criança revelou uma constituição emotiva. Após a puberdade, de quando em quando apresentava uma crise nervosa sempre motivada por fatores de menor importância. Tendo se casado, algum tempo depois o marido era atacado de uma paralisia geral, sendo recolhido ao Hospital de Juquerí. Desde então o seu sistema nervoso, que já era frágil, começou a reagir de modo patológico, às menores solicitações, apresentando com alguma frequência crises nervosas de maior ou menor duração.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL. — A 7 de agôsto próximo passado, quando trabalhava numa fábrica, sofreu um acidente, do qual resultou um ferimento corto-contuso no terço médio da perna direita. Recolhida a uma Casa de Saúde, poucos dias depois cicatrizava o ferimento. Encontrava-se ainda hospitalizada quando, dois dias depois do acidente, foi trazida para um leito no mesmo quarto uma doente que acabava de sofrer uma intervenção cirúrgica. Ao olhar para a doente que acabava de chegar, a paciente se sentiu mal, apresentando um estado vertiginoso, nada nada mais vendo (sic). Diz que tais distúrbios duraram cêrca de três dias. Durante êsse período apresentou crises com tremores e contrações por todo o corpo, rasgava as vestes, gritava, chorava e era tomada de alucinações e idéias delirantes polimorfas.

Durante tais crises, não mordia a língua, não emitia urina involuntariamente, não sofreu qualquer quéda.

EXAME SOMÁTICO. — Trata-se de uma senhora de estatura mediana, bem conformada e em bom estado de nutrição. Apresenta na face externa do terço médio da perna direita uma pequena cicatriz resultante do ferimento a que acima aludimos e outra na fossa ilíaca direita consequente a uma apendicectomia.

O exame objetivo dos aparelhos digestivo e pulmonar nada revelou de anormal.

Bulhas cardíacas normais. Apresenta taquicardia não muito acentuada (90 pulsações por minuto). Pressão arterial: Mx. 11,5; Mn. 7.

EXAME NEUROLÓGICO. — Estática e orientação conservadas. ROMBERG ausente. Ligeiros tremores digitais. Sensibilidades normais. Pupilas isocóricas e com todos os reflexos normais. Reflexos tendinosos um tanto vivos. Ausência do sinal de BABINSKI; de perturbações tróficas e vaso-motoras.

Orgãos dos sentidos íntegros.

Exame psíquico. — Dona I. R. P. foi cuidadosamente observada, porque o quadro que apresentava se presta bastante a confusão, dificultando o diagnóstico diferencial.

Todos os exames paraclínicos — exame do líquido céfalo-raquidiano, de sangue, da visão, radiografia do crâneo, nada revelaram de anormal.

O primeiro daqueles exames se fazia absolutamente necessário, dado o fáto do marido da paciente ter falecido de paralisia geral, muito embora a examinanda não apresentasse, sob o ponto de vista clínico, sinais indicativos da doença de Bayle.

A prova da hiperpnéia foi negativa.

Conseguimos provocar, pela sugestão, uma crise pitiática de pouca intensidade.

Os distúrbios que a paciente em questão apresenta, tais como : impressionabilidade exagerada, nervosismo, insônia periódica, crises emotivas, decorrem da sua constituição emotiva.

Em conclusão. — A paciente apresenta uma constituição mista : hiperemotiva e pitiática. Êsse estado constitucional favorece a eclosão de crises pitiáticas, subordinadas a emoções fortes, como sucedeu logo após o acidente de que foi vítima e o que também se verificou, tempos depois, pelo simples fáto de ter sido colocada ao lado de uma doente operada.

Assim, não se pode filiar o quadro clínico que a paciente apresenta ao acidente sofrido no trabalho, que quando muito teria agido determinando a eclosão de uma crise, a qual poderia também ser despertada por qualquer outra causa susceptível de acarretar um estado emocional, como os fátos vieram demonstrar posteriormente.

São Paulo, 3 de outubro de 1938.

CASO N.º 37. — *Acidente no trabalho. Desordens psíquicas e crises convulsivas, ocorridas após traumatismo craneano, num indivíduo portador de um tumor cerebral latente.*

Parecer Médico-Legal no qual os Drs. Paulino Watt Longo e Fernando de Oliveira Bastos estudam as condições neuro-psíquicas de J. F., branco, italiano, casado, com 53 anos de idade, ajudante de "chauffeur" da Cia. Expresso de Transportes Brasileiros e atualmente em observação na Casa de Saúde do Instituto Paulista.

Aos 16 dias do mês de setembro do corrente ano de 1938, deu entrada na Casa de Saúde do Instituto Paulista o Snr. J. F., afim de ser submetido à observação dos peritos abaixo assinados, designados pela S. A. de Seguros Gerais Lloyd Industrial Sul Americano para elaborar um parecer médico-legal sôbre aquele empregado da Cia. Expresso de Transportes Brasileiros.

Constam da carta que nos foi dirigida pelo Dr. Renato Bomfim, diretor da clínica do Lloyd Industrial Sul Americano, as seguintes informações sôbre o paciente, que transcrevemos textualmente :

"Em 5 de fevereiro do corrente ano, às 16 e meia horas, apresentou-se ao ambulatório da Cia. do Lloyd o Snr. J. F., branco, italiano, casado, com 53 anos de idade, ajudante de chauffeur da Cia. Expresso de Transportes Brasileiros, o qual meia hora antes sofrera um acidente na via pública, caindo de um auto-caminhão e contundindo a cabeça. Nessa ocasião verifiquei que o paciente apresentava um ferimento contuso de cêrca de oito centímetros de extensão, situado sôbre a região fronto-parietal direita e interessando em profundidade toda a espessura do couro cabeludo, sem comprometer o esqueleto.

Notavam-se, além dessa lesão, mais dois outros pequenos ferimentos contusos de cêrca de dois centímetros com seção da pele e celular sub-cutâneo, situados na

base do nariz, bem como acentuado edema dessa região, com sinais de fratura dos ossos próprios do nariz. O estado geral do paciente era lisonjeiro, sem sinais de choque. Locomovia-se com facilidade e respondia bem às perguntas que lhe eram feitas. Praticada a sutura do ferimento, após anestesia local pela novocaina, fiz radiografar o crâneo para verificar si havia alguma fratura, encaminhando o doente ao Dr. Paulo de Toledo, cujo gabinete radiológico está instalado em andar superior do mesmo edifício onde funciona o ambulatório de acidentes. Verificada pela radiografia a integridade do esqueleto craneano, por medida de prudência fiz remover o paciente para o nosso hospital, preferindo interná-lo para maior garantia do repouso e cuidados dos primeiros curativos.

O ferimento evoluiu favoravelmente sem outras quaisquer complicações e o paciente teve alta hospitalar cêrca de quinze dias depois, prosseguindo ainda em curativos no ambulatório, para afinal ter alta definitiva em 25 de fevereiro, isto é, vinte dias após o acidente, com o ferimento perfeitamente cicatrizado. Cumpre apenas assinalar que durante as primeiras noites manifestou sinais de bastante agitação, arrancando mesmo o curativo e pretendendo sair do quarto.

Decorridos 7 meses, o paciente apresentou queixa em juízo, propondo uma ação contra a Cia., declarando que cêrca de quinze dias após a alta principiára a sofrer de ataques e perturbações mentais. Então, a conselho do advogado da Cia., apresentou-se novamente a êste serviço para ser examinado.

A espôsa que o acompanhava referiu que o paciente sempre foi um homem perfeitamente equilibrado e trabalhador e que após o acidente principiou a manifestar sinais de desequilíbrio mental, sofrendo frequentemente de ataques que são precedidos de um grito. Quando volta a si, já não se recorda do que lhe sucedeu. Às vêzes pensa que está numa localidade diferente, parecendo-lhe certa vez que estava em Campinas quando na realidade estava em São Paulo.

Julgando a princípio que se tratasse de um caso de sequela tardia dos traumas fechados do crâneo, fiz submeter o paciente a uma série de 10 aplicações de radioterapia craneana e injeções endovenosas de glicose hipertônica, porém como não se observassem melhoras após êste tratamento, fiz radiografar o paciente novamente.

A primeira radiografia praticada no dia do acidente já havia revelado um tumor de aspecto calcificado na região supra-orbitária do frontal, porém como na ocasião o paciente não aludisse a qualquer manifestação psico-motora que objetivasse êsse achado radiográfico, não dei maior importância ao caso. Sòmente agora, diante da revelação de tais distúrbios, a nossa atenção voltou-se para aquela anomalia óssea que uma segunda radiografia, praticada em 14 do corrente mês, veiu ainda confirmar, demonstrando que a forma e situação dêsse tumor permaneceu inalterado em relação à primeira chapa radiográfica."

Tais são as informações que nos foram prestadas pelo Dr. Renato da Costa Bomfim. Vejamos agora as que nos deu a espôsa do paciente, com quem conversámos pessoalmente: "Seu marido — disse-nos ela — sempre gozára de boa saúde antes do acidente que sofreu caindo do auto-caminhão: era um homem que nunca precisára de remédios e de nada se queixava. Nunca apresentára ataques. Era alcoólatra inveterado desde muito moço, bebendo principalmente aguardente e embriagando-se com frequência, mas deixára por completo o vício do alcoolismo havia já uns 4 anos. Após o traumatismo, e já internado no Instituto Paulista (Sanatório), dentro de 2 ou 3 dias começou a apresentar um estado de agitação mais ou menos intensa, levantando-se à noite, querendo sair do quarto, falando muito e nem sempre emitindo frases inteligíveis. Depois de cêrca de 13 dias de tratamento no hospital, foi enviado para sua casa, onde continuou manifestando perturbações psíquicas, ora menos ora mais intensas: geralmente se mostrava um tanto excitado e por vêzes cometia átos extravagantes, como, por exemplo, atirar objetos caseiros ainda úteis dentro do poço, etc. Por duas vêzes, tendo-se tornado muito agitado e com atitudes que faziam temer uma possível violência ou átos agressivos, foi conduzido para a cadeia local até se acalmar. Além dêsses sintomas, e já quando se achava em sua casa, começou o paciente a apresentar

ataques, em média um cada 8 dias. Êsses ataques são precedidos de um grito, após o qual o doente cai e executa movimentos intensos e repetidos de todo o corpo, principalmente violentos nos membros superiores; várias vêzes emitiu urina durante a crise e várias vêzes mordeu a língua. Após o ataque, o paciente é tomado de um grande torpor e só lentamente recupera o seu estado anterior, não se lembrando de nada do que sucedeu. Teria tido, até a presente data, uns trinta ataques ou mais, além de "tonturas e ameaços" (sic), manifestações durante as quais fixa o olhar, vira a cabeça e chega mesmo a cair."

Aí estão os dados que obtivemos da espôsa do paciente, a qual, entretanto, insiste em afirmar que o acidente sofrido pelo seu marido foi no dia 5 de março e não no dia 5 de fevereiro de 1938. Apurámos que a data exáta só pode ser a segunda, pois o doente se internou no Instituto Paulista (Sanatório) em 6 de fevereiro, saindo em 17 do mesmo mês (conforme os livros do hospital) e as primeiras radiografias feitas pelo Dr. Paulo de Almeida Toledo trazem a data de 5 de fevereiro e não de março.

Ao entrar na Casa de Saúde do Instituto Paulista, em 16 de setembro próximo passado, o Snr. J. F. apresentava-se ligeiramente eufórico, logorréico, com boa orientação auto-psíquica e falhas da orientação alo-psíquica. Atento, mostrando-se cortez, relatou-nos a sua história mórbida, referindo-se aos ataques e ao alcoolismo pregresso, mas omitindo o acidente traumático e não revelando estar ciente do motivo da sua internação. Acusou regular associação ideativa, ausência de distúrbios perceptivos e de idéias delirantes, conservação dos sentimentos éticos e do trato pessoal.

Nestas condições se manteve até o dia 25 de setembro, quando teve um ataque do tipo epilético (tomára pequenas doses de luminal nos primeiros dias, tendo sido depois suspenso o medicamento, para observação). No dia seguinte (26), teve novo ataque, e ainda um terceiro no dia 27. Começou então, a partir do dia 28, a apresentar uma grande agitação psico-motora desordenada, mas sem tendência à violência e à agressividade. A associação de idéias tornou-se disparatada, as respostas absurdas, por vêzes com aspecto jocoso e pueril. Tornou-se desorientado alo-psiquicamente e foi tomado de uma insônia agitada, rebelde a toda medicação. Assim se tem mantido até a presente data, com períodos de relativa acalmia e períodos de maior excitação psico-motora.

Quanto ao estado somático do paciente, assinalamos que se trata de um indivíduo de grande estatura, do tipo morfológico pícnico, apresentando o facies de grandes proporções, com a mandíbula de avantajadas dimensões. Na face interna do braço esquerdo, existe uma cicatriz irregular, sendo o músculo bíceps dêsse lado atrofiado nos seus dois terços inferiores (aproximadamente). Na cabeça, além de algumas cicatrizes no nariz, registramos: uma cicatriz irregular, de cêrca de 3 cms., na região frontal esquerda; partindo desta, e dirigindo-se para traz e um pouco para fóra, uma cicatriz linear de cêrca de 6 cms., e ainda uma terceira cicatriz, de cêrca de 2,5 cms., na região frontal direita.

Orgãos essenciais à vida em regular funcionamento. Pressão arterial: Máxima: 125; Mínima: 72 (Oscillophon).

Nada digno de nota pelo exame neurológico (chamamos a atenção para o fáto de que o estado mental do paciente não nos permitiu um exame acurado e minucioso das suas condições somáticas e neurológicas).

Vejamos, finalmente, os relatórios dos exames complementares:

1.º EXAME RADIOGRÁFICO DO CRANEO (Dr. Paulo de Almeida Toledo, em 5-2-38): "Exostose intra-craneana do teto da órbita à direita. Ateroma calcificado da carótida interna ao nível do seio cavernoso. Ausência de sinais radiológicos de lesão traumática do esqueleto craneano".

2.º EXAME RADIOGRÁFICO DO CRANEO (Dr. José Moretzsohn de Castro, em 14-9-38): "Nota-se na parede interna da metade direita do frontal, fazendo saliência

na cavidade craneana, um tumor de forma triangular, de densidade cálcica, de limites inferior nítido e regular e superior bocelado, sem estrutura óssea. Meningioma? Hematoma calcificado?".

EXAME DO LÍQUIDO CÉFALO-RAQUEANO (Dr. Oswaldo Lange, ficha n.º 6.115, em 20-9-38); nada de anormal: ausência de hipertensão.

REAÇÃO DE WASSERMANN NO SÔRO SANGUÍNEO (Instituto Pinheiros, ficha n.º 9.563, em 26-9-38): negativa.

EXAME OCULAR (Dr. Paulo Braga de Magalhães, em 30-9-38): "Pupilas isocóricas, sem deformação. Reflexos pupilares: fotomotor, A.O. presentes e normais; consensuais, A.O. presentes e normais; acomodação e convergência, presentes (?) (Pesquisa difícil devido ao estado mental do paciente). Fundos oculares: A.O. normais (papilas de limites e coloração normais. Vasos de calibre normal)".

COMENTÁRIOS. — Pelo exposto, se verifica que o Snr. J. F., portador de um tumor da parede interna da metade direita do frontal, fazendo saliência na cavidade craneana, após ter sofrido um traumatismo da cabeça, começou a apresentar ataques epiléticos e distúrbios psíquicos (até então inexistentes, segundo informação da espôsa do paciente). Os ataques revestem o tipo da epilepsia generalisada e o síndromo mental se aproxima do que é próprio dos tumores do lobo frontal. Com efeito, pudemos observar no doente sintomas psíquicos comparáveis aos descritos por BRUNS e JASTROWITZ com a designação de *mória*, e por outro lado vimos relatadas na sua história mórbida *perturbações da orientação espacial*, cuja existência nas lesões do lóbo frontal foi bem estudada por PIERRE MARIE e BÉHAGUE (citamos aquí o admirável livro de BARUK: "Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales", no qual são magistralmente estudados êstes fenômenos psíquicos). O quadro clínico atualmente apresentado pelo paciente, com toda a probabilidade ligado ao tumor de que o mesmo é portador, estaria em estado de latência antes do traumatismo craneano, tendo êste funcionado como fator desencadeante dos sintomas.

Passam em seguida os peritos a responder aos

QUESITOS

1) – Qual o gênero e natureza das perturbações nervosas ou mentais que o paciente J. F. apresenta atualmente?

R. – Atualmente, o paciente J. F. apresenta um síndromo de epilepsia generalizada e um síndromo de excitação psico-motora provavelmente ligados ao tumor frontal direito de que é portador, segundo o laudo radiológico.

2) – Examinando as radiografias de J. F., praticadas e rubricadas pelo Dr. Paulo de Toledo em cinco de fevereiro de 1938, isto é, no dia do acidente, pode-se admitir que o tumor craneano visível nos clichés tenha surgido após o trauma ou em consequência dêste?

R. – Não.

3) – Admitindo-se como certo que o aparecimento do tumor é anterior à data do acidente, ainda assim deve-se relacionar as atuais perturbações nervosas do paciente com o trauma craneano sofrido em 5 de fevereiro, ou tais perturbações são apenas dependentes de compressão exercida sôbre o cérebro pelo referido tumor?

R. – O traumatismo craneano sofrido pelo paciente exerceu, com toda a probabilidade, o papel de uma concausa, desencadeando a sintomatologia dependente do tumor, até então em estado potencial.

4) – E' de acreditar-se que o traumatismo craneano tenha: *a*) agravado ou acelerado a evolução do tumor, contribuindo assim para a explosão das perturbações

nervosas que o paciente apresenta? ou *b*) tais sintomas surgem fatalmente num determinado período da evolução dos tumores cerebrais, independentemente de concorrências traumáticas?

R. – Ao item *a*: sim; ao item *b*: não é possível dizer que os tumores cerebrais determinem sempre, fatalmente, sintomas clínicos num determinado período de sua evolução, pois têm sido já referidos casos, na literatura médica, em que tumores cerebrais foram achados de necrópsia, tendo-se mantido clìnicamente silenciosos durante toda a vida do paciente.

5) – Há elementos clínicos que levem a supor que o paciente já apresentava anteriormente ao acidente alguns distúrbios nervosos, ou deve-se crer que realmente, como informa, fosse perfeitamente equilibrado?

R. – Não há elementos que nos permitam responder com segurança num ou noutro sentido; é possível, porém, que os sintomas atuais apresentados pelo paciente tenham surgido sòmente após o traumatismo do crâneo por êle sofrido.

6) – A admitir-se que a gênese de tais perturbações nervosas seja tumoral, qual nos casos semelhantes o prognóstico provável após a enucleação do tumor?

R. – Diante da localização do tumor, e de acôrdo com os laudos radiológicos, julgamos o prognóstico provável favorável após a enucleação do tumor, principalmente considerando que a neoformação deve ser facilmente accessível ao cirurgião, no caso particular.

Tal é o nosso parecer.

São Paulo, 5 de outubro de 1938.

CASO N.º 38. — *Paralisia geral e acidente do trabalho. Resposta a uma consulta.*

O abaixo assinado, Dr. A. C. Pacheco e Silva, professor catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina e Diretor Geral da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, tendo recebido uma consulta que lhe foi endereçada pelo Exmo. Snr. Dr. J. J. Fernandes Moreira, passa a responder à pergunta que lhe foi feita e que estava formulada nos seguintes termos:

"Apresentando a inclusa certidão de óbito de S. P., cuja *causa mortis,* segundo o atestado firmado pelo Dr. R. P. de C., foi Paralisia Geral Progressiva, venho pela presente rogar a V. Excia. a fineza de seu parecer sôbre as causas determinantes de tal moléstia."

RESPOSTA: — A paralisia geral progressiva, também denominada doença de BAYLE ou ainda meningo-encefalite crônica difusa, foi descrita pela primeira vez por A. L. J. BAYLE, em 1822.

As causas da paralisia geral progressiva deram lugar, no passado, às mais acaloradas discussões, invocando-se os mais variados fatores etiológicos: constituição, profissão, alcoolismo, causas morais, traumatismos cranianos, etc., etc.

Em 1863, KJELBERG, de Upsala, afirmou não se desenvolver a paralisia geral progressiva em organismo isento de sífilis. As observações de KJELBERG foram, logo depois, confirmadas por JESPERSEN (de Copenhague), que reuniu em interessante trabalho uma bem cuidada estatística, demonstrando que havia podido comprovar a existência da sífilis em 77 % dos paralíticos gerais por êle observados. Seguiram-se os estudos de FOURNIER, KRAFFT-EBING, comprovando também a origem sifilítica da paralisia geral, entretanto, não possuiam aqueles autores senão elementos de presunção, pois que se baseavam apenas em observações clínicas.

Em 1891, porém, QUINKE introduziu em semiologia médica a punção lombar, mostrando a facilidade de se extrair no homem o líquido céfalo-raqueano. Logo depois, RAVAUT, SICARD, NAJEOTTE e WIDAL demonstraram a possibilidade de se diagnosticarem a paralisia geral e outras formas de sífilis nervosa, recorrendo-se ao cito-diagnóstico. Em seguida, os mesmos SICARD, RAVAUT e WIDAL provaram o aumento da taxa da albumina no liquor dos paralíticos gerais.

Em 1916, WASSERMANN descobriu a reação que tem o seu nome. Verificou-se que a grande maioria dos paralíticos gerais tinham essa reação positiva no sangue. PLAUT teve a seguir a idéia de empregar a reação de WASSERMANN no líquido céfalo-raqueano, consignando a sua positividade em 100 % dos casos. Surgiram mais tarde as reações coloidais, cujos resultados vieram também comprovar a origem sifilítica da paralisia geral. Em 1920, SICARD afirmava no Congresso Comemorativo do Primeiro Centenário da Doença de BAYLE, que o WASSERMANN negativo no liquor permitia rejeitar o diagnóstico da paralisia geral, com o que concordou a maioria dos presentes. Antes disso, porém, em 1913, NOGUCHI e MOORE haviam demonstrado a presença do virus sifilítico (treponema pallidum) no cérebro dos paralíticos gerais, comprovação essa repetida no mundo todo, inclusive entre nós, por quem estas linhas escreve, em mais de 100 casos. Tal advento veiu pôr côbro às discussões que datavam de tantos anos.

E' verdade terem sido descritos síndromos paralíticos de origens várias, designados também pelo nome de pseudo paralisias gerais. Mas, a paralisia geral progressiva verdadeira é sempre de origem sifilítica.

Procurámos indagar, outrossim, se no caso em aprêço havia sido praticado o exame do líquido céfalo-raqueano, cujos resultados nos permitiria afirmar de modo categórico a origem da paralisia geral que vitimou a S. P. Conseguimos obter uma cópia de tal exame, praticado pelo Dr. Osvaldo Lange na Santa Casa. Êste, que foi positivo, não deixa a menor dúvida quanto ao caso e nos permite responder :

A paralisia geral progressiva é moléstia de origem sifilítica e, no caso especial de S. P., essa mesma origem ficou perfeitamente comprovada.

Tal é o nosso parecer.

São Paulo, 25 de outubro de 1937.

DOENÇAS MENTAIS E SEGURO SOCIAL

1. Os psicopatas perante as novas leis sociais. – 2. Direito do psicopata à proteção dos seus semelhantes. – 3. O doente agudo e o risco doença; o doente crônico e o risco invalidez; subvenções às famílias. – 4. Solução brasileira. Anteprojeto apresentado pela Comissão nomeada pelo Ministro do Trabalho. – 5. Medidas de higiene mental no anteprojeto brasileiro. – 6. Bases para o tratamento dos filiados às Caixas de Aposentadorias e Pensões nos hospitais privados.

1. Os psicopatas perante as novas leis sociais. — O grande número de leis sociais em vigor atualmente no Brasil, tendo por objetivo amparar os doentes e os desvalidos, não podia deixar de cogitar dos doentes mentais, cuja situação especial estava a exigir a atenção dos poderes públicos, merecedores que são, por muitos motivos, do auxílio dos seus semelhantes, maximé numa época de notáveis progressos na terapêutica psiquiátrica.

Realmente, o conceito da incurabilidade das principais doenças da mente, sobretudo da paralisia geral e da esquizofrenia, tidas até há pouco como doenças inexoráveis, sofreu radical transformação com o advento da malarioterapia, da insulina e da convulsoterapia.

Hoje, as mesmas regalias concedidas aos doentes portadores de afecções médicas e cirúrgicas se estendem, mui justamente, aos psicopatas.

A nossa legislação, adotando critério idêntico ao dos países onde o seguro social atingiu o máximo de desenvolvimento, não cuida apenas de dispensar ao doente incapaz de trabalhar os meios necessários à sua subsistência. Vai mais longe, procura facilitar todos os recursos de que a medicina moderna dispõe, visando a cura rápida e radical do doente, de forma a permitir, no mais curto prazo possível, a sua reintegração no lugar anteriormente ocupado. Com isso, não é apenas o doente o beneficiado, mas também as Caixas, que não são sobrecarregadas, e ainda o meio social, que se livra do pêso morto representado por um grande número de inválidos.

Não será necessário voltar a insistir sôbre o aumento assustador das psicopatias, fáto que preocupa hoje todo o mundo, alarmado com a percentagem cada vez maior de doentes mentais, não só dos que exigem internação em hospitais especializados, como dos chamados fronteiriços, que, se não carecem de assistência nosocomial, não po-

dem prover a sua subsistência e a das suas famílias, sobrecarregando assim as organizações de assistência.

E' também óbvio ressaltar o fáto das psicopatias serem curáveis, sobretudo no seu início, tal a difusão dêsse conceito, mesmo entre os profanos.

O psicopata deixou de ser considerado um indivíduo perigoso, necessitando apenas de reclusão para que os seus semelhantes fiquem preservados dos seus átos mórbidos, para ser equiparado aos outros doentes, com os mesmos direitos, com idênticas garantias não só no terreno médico como no social.

2. *Direito do psicopata à proteção dos seus semelhantes.* — Nenhum outro doente tem tanto direito à proteção dos seus semelhantes como aqueles que perderam a razão e que não podem nem siquer raciocinar sôbre a sua situação e tomar as providências necessárias para o seu tratamento, acautelando os seus interêsses e amparando aqueles que vivem às suas expensas.

Em relatório apresentado ao 24.º Congresso dos médicos alienistas e neurologistas da França e dos países de língua francesa, CALMETTES sintetiza as diversas faces do problema, fazendo um histórico da questão.

Cuidando da possibilidade do indivíduo desenvolver por si as qualidades de poupança e de perseverança afim de evitar o seguro obrigatório que, segundo muitos, é a negação do esfôrço, pois que abala a energia, favorece a indolência do corpo e do espírito e conduz a uma eternização voluntária da moléstia, diz, em resumo, aquele autor: Si se pode esperar o desenvolvimento dessas qualidades de previdência nos indivíduos de mentalidade sã e robusta, já o mesmo não se pode aguardar daqueles que se apresentam inválidos do cérebro, em virtude do desenvolvimento de doenças mentais. Não se deve, assim, esperar um esfôrço de previdência dos doentes comuns dos asilos, dos débeis e desequilibrados, dos instáveis nômades, sem ofício bem definido, incapazes de prever. Os toxicômanos, por seu lado, não procuram senão satisfazer suas paixões, sem cogitarem do futuro. Cumpre, pois, reter-lhes uma parte do salário, fazendo-os refletir e trabalhar pela sua segurança futura.

A obrigação por si só já constituirá obra de profilaxia nesses doentes mentais, que, em regra, não têm siquer conciência do seu estado mórbido.

Com o desenvolvimento cada vez maior da indústria, as mentalidades deficientes têm grande tendência a sossobrar. Deprimidos constitucionais, inquietos, emotivos, resistem mal à surmenage. Cumpre cuidá-los a tempo, obrigá-los ao repouso, impedindo a fadiga, a insônia, a desnutrição, etc., fatores ordinários de psicoses.

Encarando-se a questão das moléstias mentais, vê-se quanto a previdência imposta pelo Estado se faz necessária. Daí a razão por que países como a Alemanha, a Inglaterra, a Suíça, a Polônia, a Itália e a Espanha adotaram medidas nesse sentido.

3. *O doente agudo e o risco doença ; o doente crônico e o risco invalidez ; subvenções às famílias.* — CALMETTES, no seu citado trabalho, desenvolve êsses temas com grande competência, dizendo que em França se cogitou primeiramente de indagar si o doente mental deveria ser incluído na legislação sôbre acidentes sociais. Tal dúvida foi sugerida dada a opinião de alguns autores, entre outros GAUGUERY, que, com sua alta autoridade, afirmou : "Convém, em primeiro lugar, afastar da legislação os alienados e as crianças assistidas que permanecem fora do campo de aplicação das leis sociais." Êsse ponto de vista, entretanto, não prevaleceu e os doentes mentais tiveram também os seus direitos assegurados naquele país, onde são recolhidos aos asilos uma vez verificada pelos médicos das Caixas a existência de perturbações mentais. Nos asilos não ficam equiparados aos indigentes, mas têm as mesmas regalias dos pensionistas de terceira classe.

A duração dos cuidados médicos é contada da data do início da doença ou do tratamento de prevenção, pelo espaço de seis meses.

Toda recaída sobrevinda nos dois primeiros meses é considerada como continuação da moléstia primitiva. Durante êsses seis meses o doente mental tem direito aos cuidados médicos. Para uma doença ordinária êsse prazo é suficiente. Em certas doenças mentais : surtos confusionais de origen tóxica, acessos depressivos curtos, delírios transitórios — o prazo de seis meses atende em geral às necessidades médicas. Entretanto, na maioria dos casos a doença, se bem que não seja incurável, ultrapassa aquele prazo.

Desde o momento em que é o doente internado, a invalidez passa a ser de 100%. Terá assim êle direito a uma pensão por invalidez, além dos cuidados médicos e da assistência durante o espaço de cinco anos.

As despesas de hospitalização serão feitas pelas Caixas dentro dos limites das tarifas aplicadas nos estabelecimentos hospitalares de assistência pública.

4. *Solução brasileira. Anteprojeto apresentado pela Comissão nomeada pelo Ministro do Trabalho.* — Entre nós, a Comissão nomeada pelo Ministro do Trabalho para estudar e preparar o anteprojeto de uma assistência aos psicopatas dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, no seu relatório apresentado àquele titular, propõe como solução provisória, enquanto não forem construídos hospitais especializados, o aproveitamento de estabelecimentos particulares. Para tanto, estabeleceu uma diária mínima, eficiente e uni-

forme, e nessa base padronizada o doente ou sua família podem escolher o sanatório de sua preferência. Tal liberdade de escôlha, além de representar um espírito de equidade dos Institutos e Caixas em face dos sanatórios e casas de saúde, teria também, de acôrdo com a referida Comissão, efeito favorável sôbre a psicologia do doente a internar e de seus familiares. Essa medida viria permitir uma solução imediata do problema, além de facilitar a obtenção de dados estatísticos precisos para soluções futuras. Partindo dêsses princípios, aquela Comissão propôs as seguintes sugestões :

a) Internamento dos psicopatas em estabelecimentos particulares, nas bases acima expostas, por um a três meses ;

b) Tais psicopatas serão tratados pelos próprios médicos do estabelecimento, estando os honorários dêstes, como de praxe, já incluídos nas diárias. A Comissão, estudando êsse assunto, verificou ser a única maneira possível, em vista, sobretudo, dos tratamentos especiais, como malarioterapia, insulinoterapia, etc., que exigem uma vigilância constante.

Contudo, para efeito de fiscalização e de assistência moral, tais doentes seriam visitados semanalmente pelos psiquiatras dos Institutos e Caixas ;

c) Os psicopatas não necessitados de internação serão atendidos em ambulatório pelos especialistas dos próprios Institutos e Caixas. A Comissão opina pela necessidade de cada Instituto ou Caixa possuir no seu corpo clínico um psiquiatra especializado, capaz de surpreender psicopatias frustras, atender em tempo e com eficiência ao seu tratamento e realizar assim, e por outros meios, a profilaxia mental, de modo a evitar a instalação de doenças mentais perfeitamente caracterizadas, que onerariam extraordinàriamente os cofres das referidas Instituições.

5. Medidas de higiene mental no anteprojeto brasileiro. — No que respeita às medidas de profilaxia mental, a Comissão propôs fossem as mesmas adotadas nos dispensários já existentes, acrescentando-lhes um serviço neuro-psiquiátrico cujo objetivo será :

a) dar consultas livres a todos os associados que os procurarem para conselhos de prevenção e tratamento dos sintomas nervosos ou mentais de que se julgarem portadores ;

b) dar assistência médica domiciliar aos pacientes que, por quaisquer circunstâncias, não possam comparecer aos dispensários ;

c) fazer o exame prévio dos funcionários que tenham de ocupar cargos de imediata responsabilidade, tais como os maquinistas e chefes de comboios, os chauffeurs, agulheiros, sinaleiros, agentes de estação, os operários que tenham serviços perigosos, etc. ;

d) examinar periòdicamente êstes funcionários, desde que apresentem algum sintoma mental ou somático que possa prejulgar o ulterior desenvolvimento de alguma moléstia mental ou nervosa;

e) examinar as condições da readaptação dos considerados curados nos ambulatórios ou dos egressos dos hospitais aos serviços que lhes forem permitidos pela sua nova situação;

f) preparar os laudos de sanidade, depois de devido exame, dos candidatos à aposentadoria;

g) examinar as crianças retardadas, filhas de associados, dando-lhes o tratamento que fôr possível nos dispensários, ou aconselhando-lhes a internação em um asilo-escola de crianças retardadas;

h) organizar o dossier e fichário de todos os doentes que passarem pelo ambulatório e dos tratados em domicílio, enviando mensalmente um quadro estatístico ao Chefe do Serviço Clínico Geral, indicando aí o diagnóstico e o prognóstico de cada paciente;

i) fazer a triagem dos doentes para o hospital psiquiátrico ou qualquer outro serviço das Caixas de Aposentadorias e Pensões, quando o médico achar isso necessário.

E' sabido hoje o quanto algumas afecções corpóreas, notadamente a tuberculose, a sífilis, as verminoses, as carências nutritivas, o período de gestação, as várias intoxicações, são responsáveis por muitos sintomas mentais passageiros que poderão a tempo ser, com mais eficiência, tratados em outros serviços. Do mesmo modo, poderão os dispensários neuro-psiquiátricos receber doentes dêstes serviços, quando ficar verificada a existência predominante dos sintomas mentais. Todos os dispensários devem assim se achar conjugados.

Tais dispensários, chefiados por um assistente-psiquiatra, deverão ainda manter, para o seu regular funcionamento, além da enfermeira visitadora, que deve ser também a datilógrafa, um enfermeiro e um servente.

6. Bases para o tratamento dos filiados às Caixas de Aposentadorias e Pensões nos hospitais privados. — Adotando êsse critério, da internação dos doentes mentais nos estabelecimentos especializados dispostos a aceitar as condições propostas, a Comissão de Assistência Psiquiátrica enviou uma circular aos Sanatórios e Casas de Saúde da Capital Federal, estabelecendo as seguintes bases:

1) — Diárias

Quarto comum (no máximo até 3 doentes)	15$000
Quarto particular	20$000

(Com direito a alojamento, alimentação, serviço de enfermagem, balneaterapia e assistência médica).

2) — Tratamentos especializados

Malarioterapia	200$000
Insulinoterapia, cada choque	20$000
Cardiazolterapia, cada choque	30$000
Enfermeiro particular, por dia	15$000

3) — Medicamentos

Serão cobrados à parte, como extraordinários, podendo, porém, os Institutos e Caixas fornecê-los ou pagar os consumidos, em espécie.

4) — Exames complementares

Exame de liquor, completo	150$000
Exame de sangue: Reação de WASSERMANN e outras (cada)	30$000
Exame de urina: tipo completo	30$000
tipo qualitativo e microscópico	15$000
Exame de escarro	20$000

5) — Lavagem de roupa — por mês . . . . 20$000

6) — O internamento será feito mediante uma guia expedida pelas Caixas e Institutos, assinada pelo respectivo Diretor-Médico e independente de qualquer outro documento.

7) — Os extraordinários especificados no item 2, as dietas especializadas e a internação em alojamentos superiores só serão pagos mediante prévia autorização por parte dos Institutos e Caixas.

8) — Os Institutos e Caixas não pagarão despesas de acompanhantes.

9) — Os doentes ou membros de suas famílias, mediante entendimento prévio e desembolso particular, poderão fazer despesas extraordinárias, ficando, porém, nesse sentido, os Institutos e Caixas eximidos de qualquer responsabilidade.

10) — Os doentes sujeitam-se ao regime disciplinar e técnico da Casa de Saúde ou Sanatório.

Além disso, a referida Comissão elaborou um ante-projeto de um estabelecimento destinado à assistência aos doentes mentais dos Institutos e Caixas do Ministério do Trabalho.

Digna dos maiores louvores é, sem dúvida, a digníssima Comissão que elaborou o referido ante-projeto. Entretanto, pena é que não fosse um pouco mais cuidada a terminologia médica adotada, tendo em conta, sobretudo, a necessidade de empregar expressões precisas e que se não prestem a confusões, em se tratando de problemas médico-legais.

Assim, não foi feliz o título "Enfermidades mentais e assistência médico-social", porquanto a expressão enfermidade mental, como é sabido, não deve ser empregada como sinônimo de doença mental.

Não foi sem razão que, a tal propósito, o professor IRINEU MALAGUETA, no seu bem cuidado trabalho "Invalidez e Seguro Social", insistiu sôbre a importância de se empregar, neste capítulo, uma nomen-

clatura médica na medida do possível clara e precisa. São suas as seguintes palavras: "Primeiro procuremos definir os termos a empregar; pois, tratando-se de uma inovação em nossa legislação, seria de desejar que as palavras usadas tivessem, tanto quanto possível, a significação mais precisa". Foi por isso que adotou a seguinte classificação, proposta por AFRÂNIO PEIXOTO:

Doença — Termo genérico, significando qualquer desvio do estado normal.

Moléstia — Conjunto de fenômenos que evoluem sob a influência da mesma causa.

Afecção — Conjunto de fenômenos na dependência da mesma lesão.

Enfermidade — Desarranjo na disposição material do corpo.

Eis aí definições límpidas e adequadas, que podem e devem ser adotadas em patologia mental.

Enfêrmo mental e doente mental não são uma e mesma coisa. Um idiota será um enfêrmo mental, mas um esquizofrênico não o é. Empregar erroneamente a expressão enfermidade como sinônimo de doença é, ao nosso ver, um inconveniente, sobretudo em matéria sujeita a interpretações múltiplas, pois tal descuido pode comprometer o direito de alguns ou dar margem a que outros se furtem ao cumprimento de suas obrigações.

Impróprio e errôneo se nos afigura também o emprêgo das expressões — louco, alienado, psicopata, enfêrmo mental e demente, indiferentemente, para designarem todos os indivíduos portadores de transtornos mentais. Cada um dêsses termos tem, em linguagem médica, especificações próprias e não podem ser empregados como sinônimos, o que só entre os profanos se justificaria.

* * *

Louvável, por múltiplas razões, terá sido também a intenção que levou a ilustrada Comissão elaboradora do referido anteprojeto a se ocupar da profilaxia mental. Entretanto, quer-nos parecer pesada demais essa tarefa para os Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões, sobretudo no que concerne à seleção profissional, prevista nas letras "*c*" e "*d*", porquanto tal encargo cabe diretamente às próprias companhias, que deverão manter no seu interêsse, às suas expensas, gabinetes de psico-técnica destinados ao exame e seleção dos seus empregados, a exemplo dos serviços já existentes, entre nós, na Estrada de Ferro Sorocabana, na Companhia Paulista de Estradas de Ferro e em diversas outras emprezas.

Outro ponto que se nos afigurou merecedor de rápido comentário foi o fáto de ter a citada Comissão já estabelecido bases de internação dos doentes mentais em casas de saúde, antes de dispor, como declaram os seus próprios membros, de dados estatísticos que lhes permitam fazer uma idéia aproximada siquer do movimento relativo aos doentes mentais. E', pois, de se recear que a adoção de soluções isoladas e apressadas possa redundar num desequilíbrio entre as disponibilidades dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões e os encargos assumidos, e daí a impossibilidade da manutenção dêsse gênero de assistência.

Tais apreciações são feitas no propósito de ressaltar a gravidade da questão e a necessidade de ser o assunto muito debatido, antes de se adotarem medidas bem intencionadas mas inexequíveis.

A introdução do seguro social no Brasil representa, certamente, um grande passo e virá contribuir para melhorar os nossos serviços psiquiátricos, desafogando os hospitais públicos de um grande número de doentes até aquí assistidos como indigentes e permitindo uma assistência melhor cuidada aos doentes mentais, que são os membros da sociedade mais dignos da comiseração humana e do amparo dos seus semelhantes, como ja assinalára ESQUIROL.

SUICÍDIO NORMAL E PATOLÓGICO. RELAÇÕES MÉDICO-LEGAIS ENTRE O SUICÍDIO E O SEGURO DE VIDA

1. *Causas do suicídio.* — Si o número de suicídios tem aumentado com a civilização, por outro lado a história nos ensina que, já na antiguidade, se teriam verificado verdadeiras epidemias de suicídio. Inúmeros fatores — sofrimentos morais, desastres financeiros, doutrinas repassadas de misticismo, sistemas filosóficos extremados, têm sido apontados, em todas as épocas, como responsáveis pela deserção da vida.

Em certos povos do Oriente, a morte não passa de uma simples mudança de forma e o suicídio constitue, entre êles, um compromisso de honra, quando não uma forma louvável do indivíduo demonstrar o valor das suas convicções ou desusado apêgo a um morto ilustre.

Discussões acaloradas têm despertado, nos meios científicos, a possível influência da herança, do clima, das estações, dos acontecimentos sociais, etc., na gênese do suicídio.

Si nem todos os autores estão concordes no que diz respeito à importância de cada um dêsses fatores, nenhum deixa de reconhecer a influência dêsses mesmos elementos.

Nos tempos modernos, as consequências de uma civilização requintada atuando sôbre o sistema nervoso, que se tornou mais sensível e menos resistente às vicissitudes da vida, explicam o grande número de deserções da vida.

Não cabe aquí analisar os diversos fatores raciais, afetivos, sociais, políticos ou religiosos capazes de arrastar o homem normal a atentar contra a vida. Vamos nos cingir ao suicídio e suas relações médico-legais.

2. *Suicídio na melancolia.* — Nos síndromos melancólicos, sobretudo na melancolia ansiosa, o suicídio é assaz frequente. O melan-

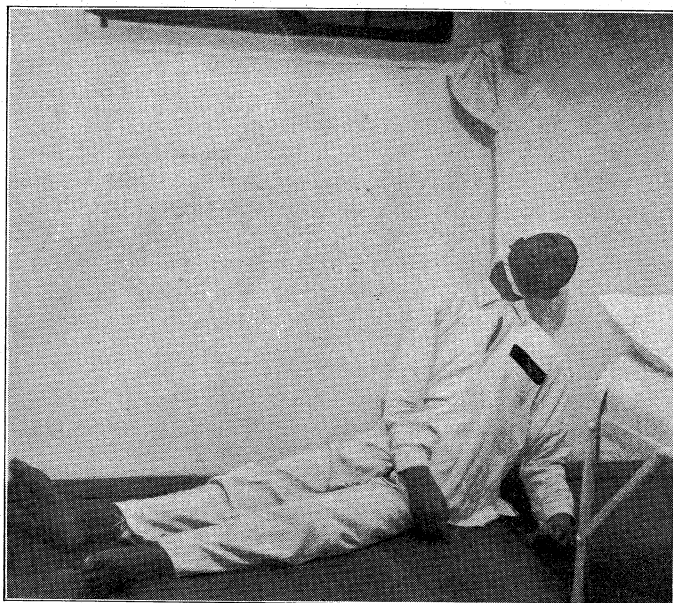



Fig. 58 — Suicídio de psicopata. Suspensão parcial do corpo

cólico, capacitado da sua ruina física, intelectual e moral, convicto da situação irremediável em que se acha, não vê, senão na morte, a solução para os seus padecimentos.

A princípio o melancólico luta contra a idéia que o assalta, mas aos poucos vai se convencendo ser a morte não só a única forma de aliviar os seus sofrimentos, como uma pena bem merecida, pois que se julga não só um sofredor como também um culpado.

Quando um melancólico delibera dar cabo da vida, nada mais difícil do que impedir a realização dos seus intuitos. A idéia não o abandona um só instante e o menor descuido na vigilância é o suficiente para que o doente ponha em execução os seus planos cuidadosamente concebidos e que são postos em prática com uma precisão incrível.

Não encontrando ao seu alcance armas de fogo, instrumentos contundentes ou substâncias venenosas, o melancólico recorre à projeção de grande altura, à asfíxia pelo gás de iluminação ou carbônico, ou ainda, o que é mais frequente, ao enforcamento.

Melancólicos há que, imbuídos de um sentimento altruista, ante as idéias delirantes que os levam a acreditar na desgraça irremediável que está reservada à família, eliminam, num verdadeiro "raptus", os que lhes são caros, para depois se suicidarem.

3. Suicídio na psicastenia. — Na psicastenia, o indivíduo experimenta não raro grande tédio pela vida, um desânimo que não lhe permite enfrentar os obstáculos que se lhe deparam, dêle se apoderando um desgôsto imenso, com ou sem justificação, que o induz ao suicídio.

Tais casos dão margem a discussões médico-legais de grande importância, porquanto não é fácil se precisar, exatamente, si o suicídio teria sido voluntário ou involuntário, sobretudo quando o suicida se encontrava, até o momento em que buscou a morte, em pleno exercício das suas atividades, si bem que dando demonstrações evidentes de grande estafa nervosa, de uma tristeza mórbida, revelando não raro os seus propósitos de buscar na morte um paradeiro para os seus sofrimentos. Assim, cada caso deverá ser estudado de forma concreta.

4. Suicídio dos alcoólatras. — Há alcoólatras que se tornam deprimidos e melancólicos quando sob a ação da intoxicação etílica, é o chamado "vinho triste" pelo povo, manifestando-se então idéias de suicídio, que chegam algumas vêzes a executar.

Há certos alcoolistas que, aterrorizados pelas alucinações visuais, julgando-se irremediavelmente perdidos, procuram voluntariamente a morte.

5. Esquizofrênicos suicidas. — No período incipiente da esquizofrenia, os doentes têm muitas vêzes períodos de conciência que lhes permitem analisar o próprio estado e perceber que marcham para a alienação mental, donde o suicídio. Outros agem sob o império de alucinações imperativas ou movidos pelas idéias delirantes.

Não são também excepcionais os suicídios impulsivos dos esquizofrênicos.

6. Suicídio dos epiléticos. — Os epiléticos podem cometer tentativas de suicídio durante um equivalente ou no período crepuscular, em estado de completa inconciência, tanto assim que, fracassada a tentativa, não se recordam do áto praticado.

O suicídio do epilético pode ser, em certos casos, fruto de um áto refletido, quando o doente se capacita da incurabilidade do seu mal, como pode ser também consequente a um áto impulsivo.

7. Suicídio na paralisia geral. — Na fase inicial da paralisia geral, o doente, ainda de posse da sua conciência, pode avaliar precisamente a gravidade do mal e ser levado ao suicídio.

Mais tarde, já num período avançado, o paralítico geral, sobretudo na forma depressiva, é levado a realizar tentativas de auto-eliminação, por vêzes recorrendo a meios absurdos.

Têm-se registrado casos de suicídio em paralíticos atacados de psicose post-malarioterápica, os quais agem movidos por idéias delirantes de perseguição.

8. Suicídio e debilidade mental. — Não são relativamente raros os casos de tentativas de suicídio nos indivíduos portadores de debilidade mental. Os casos registrados na literatura se referem, na sua maioria, a surtos delirantes observados em certos débeis, sobretudo entre aqueles que se entregam ao alcoolismo.

9. Suicídio dito normal e patológico. — ACHILES DELMAS divide os suicídios em pseudo-suicídios e suicídios verdadeiros.

Os pseudo-suicídios englobam cinco categorias :

a) O "suicídio-acidente", devido a um êrro fatal, quando não havia absolutamente propósito do indivíduo acabar com os seus dias. E' o caso do indivíduo que, ao limpar uma arma, julgando-a descarregada, dispara acidentalmente um tiro mortal.

b) O "suicídio-demência", realizado em estado de absoluta inconciência do indivíduo, que se mata sem razão e sem objetivo. E' o caso típico de suicídio patológico.

c) O "suicídio-constrangimento", no qual o indivíduo age contra a sua vontade, coagido pelos seus semelhantes. E' o caso de Sócrates, obrigado a ingerir cicuta.

d) O "suicídio-eutanásia", isto é, quando o indivíduo, sabendo da sua morte próxima e irremediável, se antecipa para evitar maiores sofrimentos físicos ou morais.

e) O "suicídio-etismo", tal é o caso dos que se suicidam para cumprir um dever heróico e sagrado, como acontece com os militares e marinheiros, que preferem a morte a se entregarem ao inimigo.

10. Suicídio e seguro de vida. — A difusão do seguro de vida e o aumento de casos de suicídio têm dado lugares a problemas médico-legais, assaz delicados, sobretudo no que respeita à distinção entre os suicídios voluntários e os involuntários.

Em recente tese, da Faculdade de Medicina de París (1934), A. FISCHER discute o assunto com propriedade, chegando às seguintes conclusões :

1.°) A questão do suicídio em casos de seguro sôbre a vida é uma eventualidade civil, que necessita frequentemente de intervenção do médico-legista.

2.°) A interpretação da natureza do suicídio se encontra na base dessa questão, a Companhia não pagando senão em caso de suicídio patológico.

3.°) Admitimos a existência do suicídio patológico e não patológico, embora reconhecendo as dificuldades por vêzes intransponíveis de fornecer a prova.

4.º) Aproximando-nos da legislação inglesa, entendemos que, para evitar processos longos e custosos, para simplificar a questão e para abreviar todas as dificuldades de interpretação, levantadas pelo suicídio patológico ou não, a melhor solução prática é a de obrigar o pagamento do seguro, sem levar em conta a sua natureza, quando êste ocorre doze, treze, catorze vezes após o pagamento da primeira prestação.

5.º) Tal lapso de tempo poderá ser fixado por disposições especiais do contrato, variável com cada companhia.

O insigne psiquiatra e criminalista argentino OSVALDO LOUDET (1), depois de discutir o assunto sob os seus múltiplos aspectos, conclue :

1.º) A tese psiquiátrica do suicídio pode ser demonstrada em dois terços dos casos ocorridos. No terço restante é mais difícil provar a normalidade do indivíduo, que a anormalidade psíquica.

2.º) Sendo o suicídio patológico a regra e o chamado normal a exceção, a tarefa da prova deve corresponder ao assegurador.

3.º) O artigo 554 do Código de Comércio (Argentino), da forma como se encontra redigido, não beneficia expressamente o suicídio patológico, si bem que a jurisprudência tenha estabelecido que se refere ao suicídio normal e voluntário.

4.º) O artigo 554 permite que nas cláusulas de certas companhias se tenha incluído a classificação de "suicídios concientes ou inconcientes". Esta é uma clausula sem piedade nem justiça, que deve desaparecer das mesmas.

5.º) A melhor solução prática é a estabelecida pela jurisprudência inglesa, que não anula o contrato de seguro de vida no caso do suicídio se ter dado um ano após o compromisso, qualquer que seja a natureza.

---

(1) – *Alienación mental, suicídio y seguro de vida.* ("Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires, Año 1933, pag. 383).

ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO AOS PSICOPATAS

1. A assistência a psicopatas na atualidade. – 2. Assistência social aos psicopatas. – 3. Modernas diretrizes da assistência psiquiátrica. – 4. Esbôço de uma moderna organização psiquiátrica. – 5. Clínicas psiquiátricas. Hospitais para agudos. – 6. Ambulatórios. – 7. Hospitais psiquiátricos. – 8. Colônias agrícolas. – 9. Assistência familiar. – 10. Asilos regionais. – 11. Hospitais privados. – 12. Proteção ao psicopata.

1. A assistência a psicopatas na atualidade. — O aumento assustador do número de doentes mentais em todo o mundo tem preocupado não só os médicos, como também os sociólogos e os legisladores, que têm voltado as suas vistas para o problema, cuidando sèriamente das medidas relativas não só à assistência, como à proteção dos psicopatas, hoje nivelados aos demais doentes e merecedores, portanto, de igual senão melhor tratamento, privados que são da razão, incapazes de procurarem, por iniciativa própria, os cuidados de que carecem.

As medidas propostas, a sobrecarga para o erário público, as providências exigidas das autoridades públicas, a cooperação indispensável da iniciativa privada, a articulação que deverá existir entre os diversos órgãos destinados a amparar os psicopatas, crearam novas e complexas questões, pois não se trata, apenas, de cercá-los dos cuidados imprescindíveis, como cumpre cuidar-se da profilaxia mental, visando a preservação das moléstias mentais.

Não há a negar constituirem hoje as doenças mentais objeto de grande interêsse médico-social e é por justificados motivos que para elas volvem hoje as vistas todos aqueles que se dedicam à conservação da saúde e ao bem estar da coletividade.

Os fatores modernos que incidem sôbre o sistema nervoso, fruto de uma civilização requintada e de um progresso rápido e intenso, entretêm elevada tensão psicológica, aumentando a vulnerabilidade do sistema nervoso às múltiplas causas suscetíveis de determinar a ruptura do seu equilíbrio instável.

Há, em toda parte, um estado de inquietação, um verdadeiro alarme ante o aumento, não só dos psicopatas exigindo internação urgente, como também ante a maré crescente de neuropatas, deprimidos, exaltados, psicastênicos, toxicômanos e desequilibrados dos mais variados tipos, que constituem a imensa legião de fronteiriços, os quais, conquanto não tenham necessidade imediata e permanente de reclusão

em estabelecimentos especializados, são incapazes de suprir as suas próprias necessidades e as das respectivas famílias, creando situações domésticas insuportáveis, prejudicando a educação dos filhos, perturbando a ordem pública, perturbando o bem estar social.

2. ***Assistência social aos psicopatas.*** — A assistência social aos psicopatas terá, destarte, forçosamente, de se ocupar de todos êsses indivíduos, candidatos certos que são, quando não assistidos precocemente, aos hospitais psiquiátricos, às penitenciárias e aos manicômios judiciários, trazendo enorme onus para o meio em que vivem.

Compreende-se, assim, quão indispensável é a creação, na atual organização social, de um perfeito aparelhamento de assistência ao psicopata e às suas famílias, com o objetivo não só de proteger o doente, mas também para evitar as consequências dos seus átos mórbidos e eliminar, tanto quanto possível, maiores prejuízos para a coletividade.

Para tanto, os modernos serviços de assistência psiquiátrica devem ser dotados de vários tipos de hospitais, colônias e ambulatórios, de molde a proporcionar tratamento adequado, de acôrdo com a diversidade do caso, o grau de evolução da moléstia, a incidência ou não de doenças intercorrentes, a capacidade de trabalho, o grau de perigosidade do psicopata e a sua situação jurídica.

Impõe-se, ao demais, um tratamento pronto, adequado e eficaz, antes de se instalar o período crônico ou uma fase mais adiantada da doença, para se alcançarem resultados eficientes.

3. ***Modernas diretrizes da assistência psiquiátrica.*** — Os modernos hospitais psiquiátricos em nada se assemelham aos antigos asilos fechados, onde permaneciam aglomeradas grandes massas de doentes, sem assistência e tratamento adequados.

A preocupação era, no passado, apenas a de se sequestrar o doente mental, afim de se preservar o meio social. Nos modernos hospitais psiquiátricos não se visa apenas êsse objetivo, como se procura, ao demais, de acôrdo com os progressos da terapêutica psiquiátrica, tratar do doente, cercá-lo dos cuidados necessários, buscando restituí-lo, dentro do mais curto prazo, à sociedade quando o seu restabelecimento fôr completo, a uma vida de liberdade restrita, em estabelecimentos apropriados quando as condições do paciente não permitirem a sua recondução ao seio da família. Para tanto, faz-se necessário a multiplicação dos hospitais psicopáticos, evitando-se a superlotação hospitalar e o agrupamento de doentes concentrados em grandes núcleos, o que vem dificultar a ação administrativa, impedir seja dispensada assistência médica adequada e ainda impossibilitar a ação social que um centro psiquiátrico deve exercer nas populações circunvizinhas.

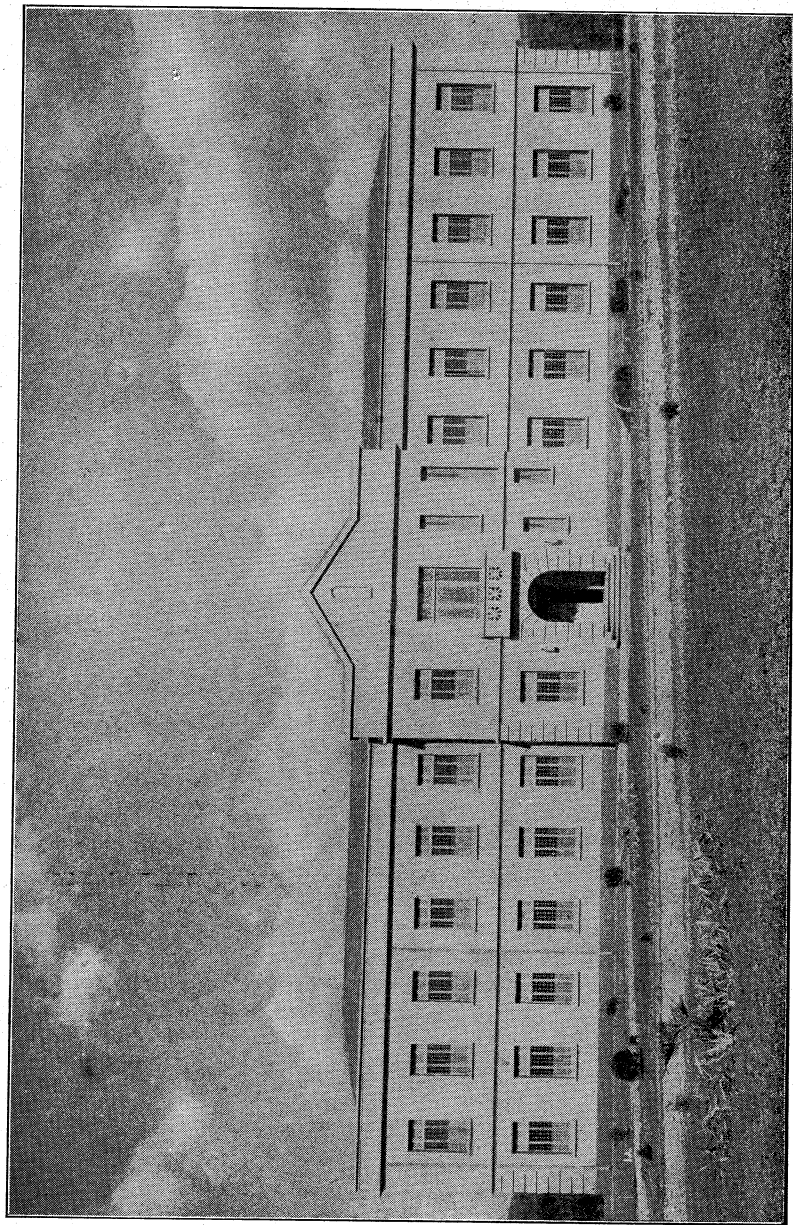



Fig. 59 — Pavilhão para doentes mentais agudos. Seção de recepção
Hospital de Juqueri (São Paulo)

4. *Esbôço de uma moderna organização psiquiátrica.* — Ao se delinear um plano de assistência psiquiátrica, deve-se ter em vista a necessidade de se crearem:

1.º) Clínicas psiquiátricas localizadas nos centros populosos, destinadas aos casos agudos, exigindo internação imediata.

2.º) Hospitais psiquiátricos fechados, para o tratamento das psicopatias graves, para internação compulsória.

3.º) Colônias agrícolas, com regime "open-door" parcial e completo, para os doentes crônicos.

4.º) Serviços de assistência familiar localizados dentro e fora do perímetro das colônias agrícolas.

5.º) Ambulatórios psiquiátricos bem aparelhados para atenderem aos psicopatas cujo estado seja compatível com o meio social.

6.º) Manicômios judiciários para os psicopatas sob a ação da justiça.

7.º) Centros de higiene mental, com ramificações pelas escolas, hospitais de clínica geral, quartéis e outras instituições, com o objetivo de se realizar obra de profilaxia mental.

8.º) Serviços de proteção e assistência médico-social aos egressos dos hospitais psiquiátricos.

5. *Clínicas psiquiátricas. — Hospitais para agudos* — A evolução operada pela Psiquiatria nestes últimos anos veiu demonstrar a necessidade de se crearem, nos grandes centros, clínicas psiquiátricas, tendo como principais objetivos assistir os psicopatas agudos e prestar socorros urgentes aos doentes mentais encontrados na via pública. A Clínica Psiquiátrica deve ser também um centro de instrução especializada e de pesquisa cientifica, razão por que precisa possuir, além das instalações indispensáveis a uma boa organização hospitalar, laboratórios bem aparelhados e instalações complementares que permitam a realização de cursos e demonstrações práticas.

As clínicas psiquiátricas anexas aos centros universitários são hoje também dotadas de gabinetes de psicologia experimental, de laboratórios de biologia e de anatomia patológica, além de bibliotecas constituídas por livros e revistas atinentes à disciplina aí ensinada.

Uma das clínicas psiquiátricas mais modernas, que é a de Frankfort sôbre o Meno, foi projetada calculando-se a permanência de um doente necessitando de estágio em clínica neuro-psiquiátrica em média de 7 a 8 semanas, tempo em geral suficiente para atender às exigências terapêuticas e sociais.

O tratamento dos paralíticos gerais pela malária dura em regra 6 semanas. Em idêntico período são tratados os surtos agudos dos epiléticos submetidos a tratamento pelo bromo e pelo luminal. No prazo

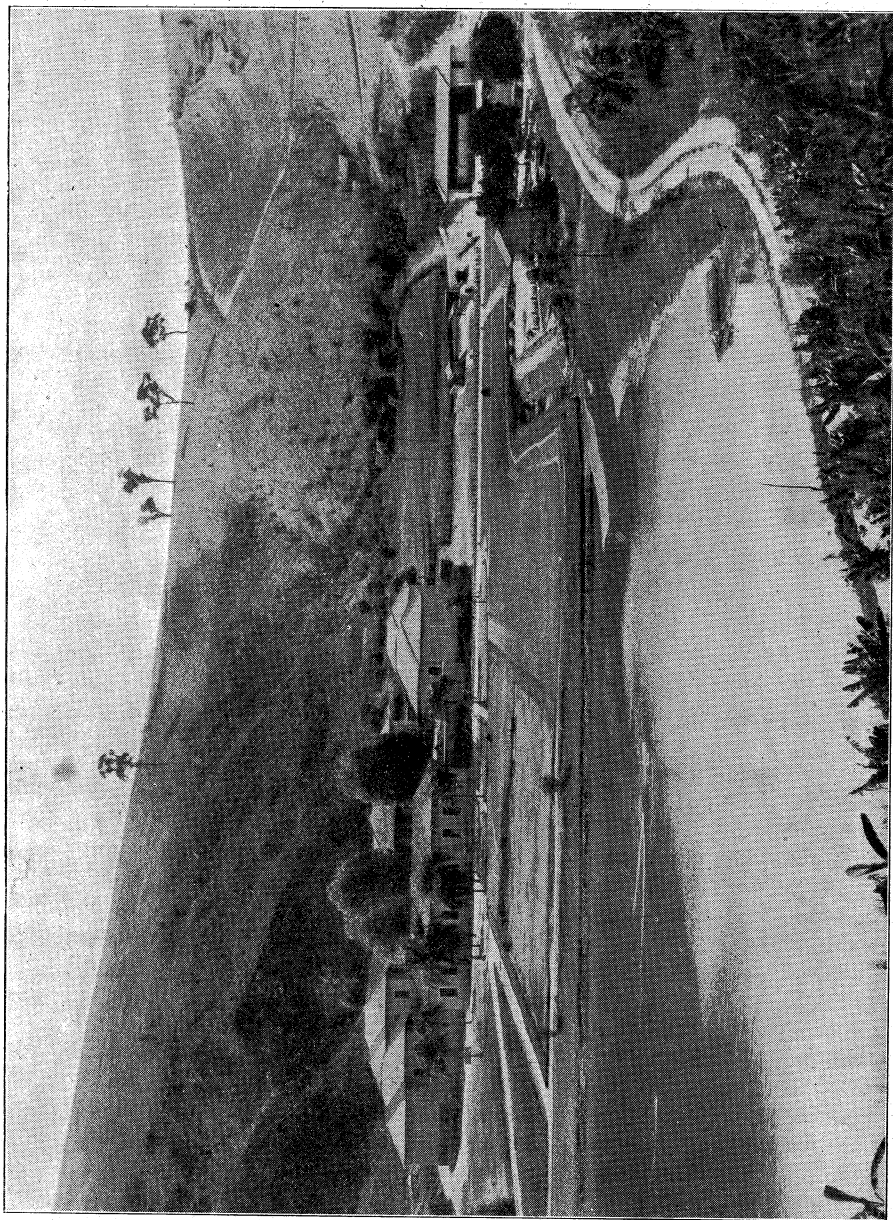



Fig. 60 — Tipo antigo de colônia para psicopatas crônicos
Hospital de Juqueri (São Paulo)

de 2 meses se restabelecem habitualmente as psicoses ditas sintomáticas e as alcoólicas. Convém acrescentar ainda que em igual período, por vêzes um pouco mais dilatado, podem ser tratados os esquizofrênicos, tanto pela insulina como pela convulsoterapia.

Além dêsses doentes, internados com o propósito de submetê-los a tratamento, são também admitidos nas clínicas psiquiátricas doentes para observação e exames subsidiários, cuja permanência não vai, habitualmente, além de um mês. Verificou-se também a necessidade de se admitirem numa clínica dêsse tipo cêrca de 2.000 doentes por ano. Tomando-se assim por base a permanência na clínica entre 6 a 8 semanas, impõe-se uma instalação com pelo menos 250 leitos.

A Clínica Psiquiátrica de Frankfort, que pode ser apontada como modêlo, visto ser uma das mais recentes e melhor aparelhadas, abrange 6 seções diferentes, a saber :

1.º) Uma seção aberta, para doentes nervosos ;

2.º) Uma seção com vigilância, para doentes com afecções cerebrais necessitando de cuidados especiais ;

3.º) Uma seção para melancólicos e doentes tranquilos, mas exigindo atenta vigilância ;

4.º) Uma seção para psicopatas, desequilibrados e anormais com agitação mitigada ;

5.º) Uma seção com supervigilância, para doentes mentais agitados ;

6.º) Uma seção destinada à psiquiatria infantil, com separação de meninos e meninas.

O Prof. TOULOUSE organizou no Asilo de Sant'Ana, de París, um interessante tipo de hospital psiquiátrico, compreendendo : 1.º) um dispensário : 2.º) um serviço social ; 3.º) um serviço de visitas a domicílio ; 4.º) um serviço aberto de hospitalização ; 5.º) um serviço aberto do observação ; 6.º) laboratórios.

Nos dispensários do Asilo de Sant'Ana são atendidos os doentes portadores de síndromos delirantes, as crianças retardadas e anormais, os epiléticos, os alcoólatras, os psicopatas carecendo de psicoterapia, além de outros que alí vão para se sujeitarem ao exame de seleção profissional. Há, ao demais, ambulatórios anexos, onde são atendidos casos de medicina e cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia e estomatologia. Nas clínicas psiquiátricas são também os doentes submetidos a triagem, e, depois de convenientemente estudados, distribuídos pelos diversos estabelecimentos de assistência.

*6. **Ambulatórios.*** — A maioria dos serviços destinados a assistir os psicopatas, localizados nos centros urbanos, tem hoje anexos ambu-

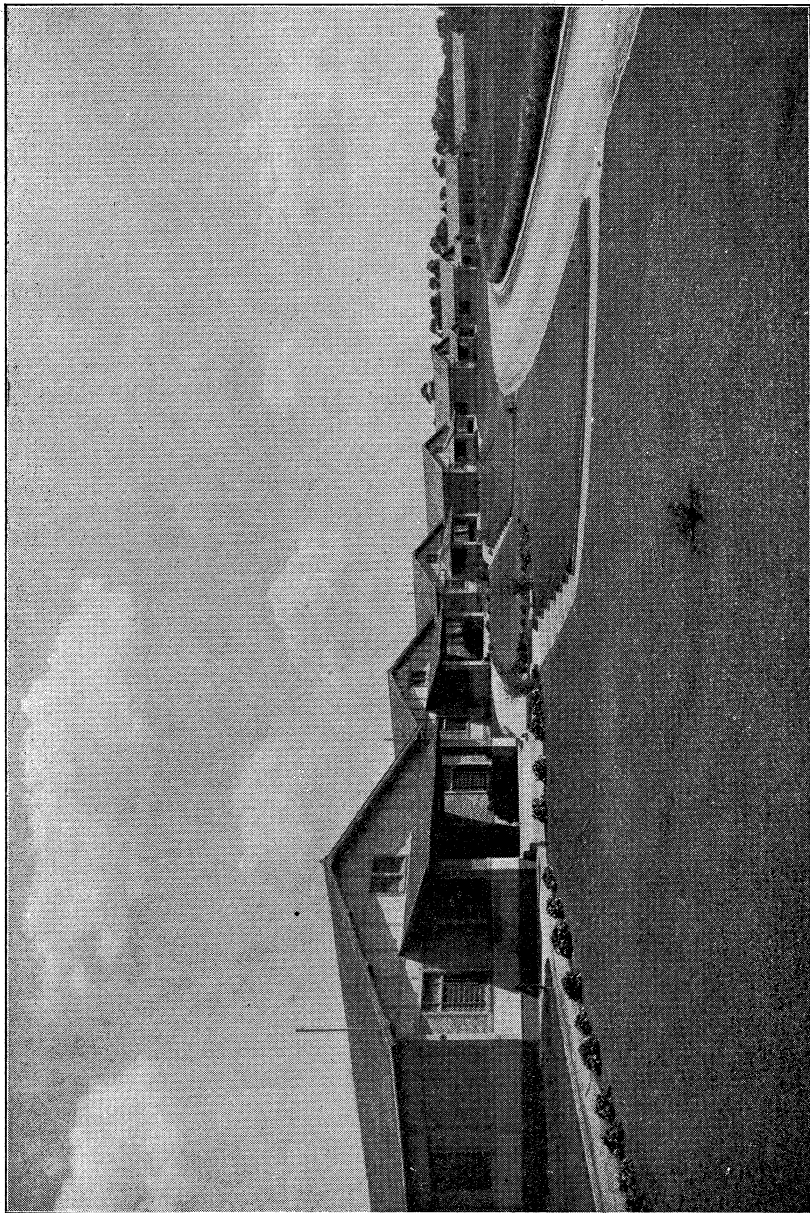



Fig. 61 — Tipo moderno de colônia para psicopatas crônicos
Hospital de Juqueri (São Paulo)

latórios e dispensários, cujo fim principal é o de prevenir a deflagração ou a reincidência de desordens psíquicas. Verificada a necessidade de um doente se submeter a um tratamento especializado, o médico o encaminha para um dos hospitais abertos quando não oferece perigo à comunidade social, onde permanece internado voluntariamente, sem outras formalidades legais, exatamente como ocorre nos hospitais comuns.

Nos ambulatórios são também examinadas as famílias dos internados e os egressos dos hospitais psiquiátricos que necessitam ficar sob vistas médicas.

7. ***Hospitais psiquiátricos.*** — Os hospitais psiquiátricos destinados aos doentes crônicos devem ser localizados fora dos centros populosos, nos arrabaldes ou nos subúrbios das grandes cidades, numa área nunca inferior a 500 acres, com o objetivo de se crearem colônias agrícolas anexas e facilitar o abastecimento do hospital mercê de culturas, pomares e criações entretidas pelos próprios doentes. A experiência demonstra a inconveniência de se localizarem grandes massas de insanos num só núcleo, sendo de grande vantagem a organização de hospitais possuindo em média 1.000 leitos. Êsses hospitais, destinados a ambos os sexos, devem possuir edifícios separados para : administração ; laboratório ; pessoal de enfermagem ; seções de recepção ; clínicas especializadas ; raios X ; doenças intercorrentes ; aplicações fisioterápicas ; seções para os agitados ; seções para os tranquilos ; seções de ergoterapia.

Pode-se adotar, na construção de um hospital psiquiátrico, em nosso meio, a seguinte distribuição :

	HOMENS	MULHERES
Pavilhões de recepção.	10 %	12 %
Pavilhão médico-cirúrgico	8 %	10 %
Enfermarias p/ doenças intercor. .	16 %	14 %
Tuberculosos	6 %	10 %
Agitados	16 %	20 %
Tranquilos	16 %	16 %
Laborterapia	20 %	16 %
Perigosos.	10 %	2 %

A proporção de enfermeiros deverá ser pelo menos de um para cada seis doentes. Os modernos tratamentos psiquiátricos exigem também pessoal médico numeroso, não devendo cada alienista ter sob os seus cuidados número superior a 100 doentes.

8. ***Colônias agrícolas.*** — A assistência aos psicopatas em colônias localizadas ao ar livre foi preconizada entre outros pelo Prof. Kraepelin, de Munich, que ainda na última edição do seu livro, publicado

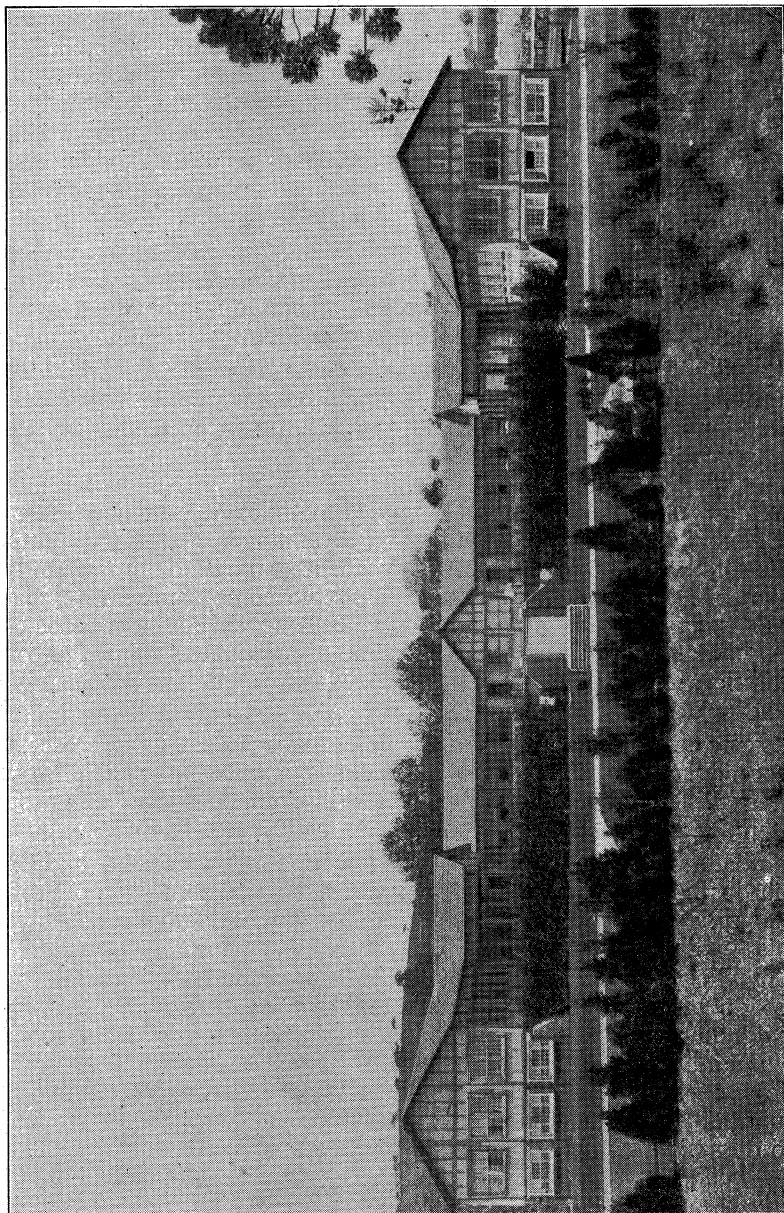



Fig. 62 — Pavilhão para psicopatas tuberculosos
Hospital de Juqueri (São Paulo)

meses antes da sua morte, dizia: "Um adiantamento notável foi conseguido pelas grandes instalações da era atual pelas chamadas colônias, nas quais se procura, tanto quanto possível, adaptar os doentes no cultivo da terra. A tal trabalho, ideal para a maioria dos insanos e também de grandes resultados econômicos, cinge-se hoje, por assim dizer, o problema da assistência e proteção aos psicopatas, pois que assim se lhes proporciona um modo de viver mais humano e se lhes dá à vida uma razão de ser".

Realmente, para um doente mental já na fase crônica e para os anormais da inteligência e do senso moral, nada melhor que a vida ao ar livre, sadia e animada pelo trabalho, pois que assim é despertado o apetite, o sono se restabelece e revive a energia perdida.

Dizia o Prof. FRANCO DA ROCHA, a quem devemos a introdução do "open-door" em nosso meio: "Agricultores tranquilos e descuidados do futuro, logram os doentes mentais, na inconciência da sua desgraça, uma boa dose de felicidade."

9. Assistência familiar. — Um dos métodos hoje mais em voga de assistência aos psicopatas consiste na denominada assistência familiar. Para tanto se impõe a colocação do doente em casa de uma família estranha, que se encarrega não só de assistí-lo como também de readaptá-lo às condições da vida normal. E' bem de ver que nem todos os doentes podem ficar sujeitos a êsse regime e que uma escôlha rigorosa deve presidir ao critério da seleção dos doentes que se destinam à assistência familiar.

A assistência familiar tem ainda hoje aplicação em grande escala na Escócia, em certas localidades nas quais a crise industrial levou os habitantes a receberem doentes em seus domicílios e a dêles se ocuparem, recebendo em troca um auxílio do Estado.

Na Bélgica existe há vários séculos uma pequena vila onde a maioria dos habitantes se transformou em nutrícios, nome que o Prof. FRANCO DA ROCHA propôs para as famílias que cuidam dos doentes mentais.

Em Gheel, nome dessa pequena cidade, começou a acorrer, no comêço do século XVII, um grande número de doentes mentais em busca de cura para os seus males, invocando para isso a proteção da Santa Dymphna, padroeira do lugar. Foi assim a população se habituando a conviver e a cuidar dos doentes mentais e dessa forma se tornou tradição do lugar e da sua população a de proporcionar êsse gênero de assistência aos doentes da mente.

10. Asilos regionais. — Num país de grandes áreas territoriais, como é o Brasil, torna-se inprescindível não centralizar todos os doentes mentais junto às capitais, mas cumpre distribuí-los em asilos

regionais, a exemplo do que fizeram os Estados Unidos e os maiores países da Europa.

São múltiplas as vantagens dos asilos regionais :

a) para o doente, que fica em contáto com a família, que tem as maiores facilidades na remoção quando se impõe o tratamento em hospital, donde as inúmeras vantagens que decorrem de um tratamento precoce, condição *sine qua non* à cura ;

b) para a familia, que não luta com maiores dificuldades para transportar o doente e que pode prestar-lhe assistência contínua, visitando-o e auxiliando os poderes públicos na assistência de que carece o paciente ;

c) para os poderes públicos, que têm com isso vantagens econômicas, pois que as construções no interior são mais baratas e o Asilo Regional tem a vantagem de proporcionar tratamento precoce e daí se aufere maior percentagem de curas ;

d) do ponto de vista médico-social, há também toda conveniência em que a família não perca contáto com o doente, afim de que êste não sofra um rebaixamento das faculdades afetivas e encontre nas visitas frequentes da família o confôrto moral tão necessário ao restabelecimento dos distúrbios psíquicos em certas formas mentais.

O objetivo do asilo regional não é só o de prestar assistência aos doentes mentais, como ainda o de educar o povo e divulgar os princípios da higiene mental, projetando a sua ação em todas as regiões vizinhas.

11. Hospitais privados. — Os sanatórios privados, para o tratamento das afecções nervosas e mentais, precisam preencher uma série de requisitos, a saber : situação privilegiada, de preferência numa colina, de forma a possibilitar a construção de muros de segurança sem dar ao doente a impressão de estar enclausurado. Além disso, os hospitais privados devem ser instalados em áreas amplas, de molde a permitir completa separação entre os sexos, da parte aberta destinada aos doentes tranquilos, da parte fechada reservada aos agitados. Ademais, o estabelecimento deverá possuir parques, campos de esporte e abrigos, para permitir, tanto quanto possível, a vida ao ar livre. As instalações devem ser confortáveis, as janelas dos edifícios não devem ter grades, mas sim ser de caixilhos de ferro giratórios, do tipo Hitz, com vidros inquebráveis, para afastar a idéia de prisão.

Os hospitais privados devem proporcionar aos doentes o máximo de confôrto e bem estar, o que exige a instalação de salas de leitura, de música, de entretenimentos, de trabalhos manuais, etc., além das instalações necessárias às aplicações hidro e eletroterápicas.

Os novos métodos terapêuticos psiquiátricos — malarioterapia, piretoterapia, insulinoterapia, convulsoterapia — impõem pequenas enfermarias, amplas e bem arejadas, que permitam uma fiscalização rigorosa dos doentes, não só por parte do pessoal de enfermagem como também do médico responsável pelo tratamento.

12. Proteção ao psicopata. — O serviço social psiquiátrico impõe-se, como uma medida de grande alcance, visando elevar a condição do doente mental, arrancando-o da posição inferior em que o preconceito social o colocou, acautelando os seus interêsses e defendendo os seus direitos.

Em São Paulo, por iniciativa do Dr. PEDRO AUGUSTO DA SILVA, diretor da Clínica Psiquiátrica, foi fundada uma organização denominada "Instituição de Assistência Social ao Psicopata", já em pleno funcionamento, com resultados mui promissores.

Tal instituição é uma entidade com fins filantrópicos e tem por objetivo prestar gratuitamente aos internados nos hospitais psiquiátricos públicos, aos egressos dos mesmos, bem como aos matriculados no Ambulatório de Higiene Mental :

a) Toda assistência moral ;

b) Toda assistência jurídica, com referência à sua pessoa, capacidade civil e bens, pleiteando e defendendo seus direitos em juízo e fora dêle, promovendo a decretação e levantamento da interdição judicial, etc.;

c) Auxílio material aos egressos com alta dos estabelecimentos mencionados ;

d) Construir uma colônia, oportunamente, destinada a receber os egressos com alta, desamparados e destituídos de recursos financeiros ;

e) Contribuir, dentro de suas possibilidades, com os Poderes Públicos no sentido de elevar o nível de vida dos internados nos hospitais supra referidos ;

f) Assistência médico-jurídica e social às famílias dos internados, mostrando-lhes o caminho a seguir, nos casos de sua alçada.

A ASSISTÊNCIA A PSICOPATAS NO BRASIL

1. Primórdios da assistência a psicopatas no Brasil. – 2. Fundação do Hospício D. Pedro II. – 3. Primeira lei sôbre assistência a psicopatas no Brasil. – 4. Juliano Moreira e Afrânio Peixoto na direção do Hospital Nacional. – 5. Os sucessores de Juliano Moreira. – 6. A assistência a Psicopatas em São Paulo. – 7. A obra de Franco da Rocha. – 8. A assistência a psicopatas nos demais Estados do Brasil. – 9. O ensino de psiquiatria no Brasil.

1. Primórdios da assistência a psicopatas no Brasil. — O problema da assistência a psicopatas só começou a interessar as autoridades públicas em 1830, ano em que a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, pelo seu relator Dr. JOBIN, levantou o primeiro protesto público contra o modo deshumano por que eram tratados os alienados, diz JULIANO MOREIRA no seu magistral trabalho sôbre a Evolução da Assistência a Alienados no Brasil, valioso subsídio para o estudo da história da psiquiatria no nosso país.

A referida Comissão reclamou a creação de um asilo especial para os psicopatas, sem lograr contudo o seu objetivo.

Em 1835, o Dr. SIGAUD, e, em 1837, o Dr. ANTONIO LUIZ DA SILVA PEIXOTO, protestavam contra a inexistência de um serviço de assistência aos insanos e contra o uso do tronco para conter os agitados.

O Dr. DE SIMONI, em 1839, reviveu a questão, clamando pela creação de um hospital especializado, que fizesse cessar a situação degradante em que viviam os alienados recolhidos em celas estreitas e imundas na Santa Casa de Misericórdia.

2. Fundação do Hospício D. Pedro II. — Por sugestão de José Clemente Pereira, em mensagem dirigida ao Ministro do Império Cândido José de Araujo Viana, assinou D. Pedro o decreto n.º 82, assim redigido: "Desejando assinalar o fausto dia da minha sagração com a creação de um estabelecimento de pública beneficência, hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de — Hospício D. Pedro II, o qual ficará anexo ao hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Côrte, debaixo da minha Imperial proteção, aplicando desde já, para o princípio da sua fundação, o produto das subscrições promovidas por uma comissão da praça do comércio e pelo provedor da sôbre dita Santa Casa, além das quantias com que eu houver por bem contribuir. Cân-

dido José de Araujo Viana, do meu Conselho, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império, o tenha assim entendido e faça executar com os despachos necessários. Palácio do Rio de Janeiro, 18 de julho de 1841, 20.º da Independência e do Império." Com a rubrica de S. M. o Imperador. Cândido José de Araujo Viana.

A 2 de dezembro de 1841, para a Chácara da Praia Vermelha, devidamente adaptada, foram transferidos os primeiros nove alienados que se encontravam nas enfermarias do hospital geral.

O primeiro médico do Hospício Pedro II foi o Dr. José Martins da Cruz Jobin, professor de Medicina Legal e Diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que não tardou em delinear os planos de um novo edifício cujos alicerces foram lançados a 5 de setembro de 1842.

Aos 26 de janeiro de 1844, José Clemente comunicava à Mesa da Santa Casa que Sua Majestade o Imperador, dando novamente demonstração do seu grande interêsse pelo Hospício D. Pedro II, mandava entregar à administração do novo estabelecimento uma subscrição no valor de 63:000$000, promovida pelo Snr. Ministro do Império em benefício das obras do referido hospital, por ocasião do fausto consórcio do mesmo Augusto Senhor, propondo também que se mandasse colocar a estátua de Sua Majestade o Imperador, levantada em mármore, em homenagem à sua dedicação pelo pio estabelecimento.

Em 1845, a Mesa da Junta da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro enviou à Europa o Dr. José Pereira das Neves, para alí estudar o tratamento dos alienados, com a obrigação de visitar os hospitais mais acreditados e relatar o que visse e observasse.

Por volta de 1846, foi o Hospício Pedro II dotado de um novo abastecimento de águas, recebendo também, por doação do comendador José Ribeiro Monteiro, o terreno da Chácara da Capela da Praia Vermelha e outros contíguos.

A 30 de novembro de 1852, concluídas a capela e as enfermarias de metade do Hospício, foi bento o edifício e sagrada a referida capela, assistindo o Imperador ao áto, sendo nessa ocasião descoberta a estátua em mármore de Pedro II, obra do escultor holandês Pettrich.

A 8 de dezembro do mesmo ano começou a funcionar o Hospício com 144 doentes, sob a assistência médica dos Drs. Antonio José Pereira das Neves e Lallemant.

Ocuparam a seguir o cargo de diretor daquele estabelecimento os Drs. José Ludovico da Silva, Ignacio da Silva Goulart, Gustavo Balduino de Moura e Camara, Nuno de Andrade, Sousa Lima e José Carlos Teixeira Brandão, que foi também o primeiro professor de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Proclamada a República, o Ministro Aristides Lobo, interessado em melhorar as condições da assistência aos psicopatas, conseguiu a desanexação do Hospício D. Pedro II da Santa Casa, passando então a denominar-se Hospital Nacional de Alienados.

3. Primeira lei sôbre assistência a psicopatas no Brasil. — No correr do ano 1896 foram dirigidas pelo professor TEIXEIRA BRANDÃO várias representações ao Govêrno da República, motivando duas mensagens do Presidente Prudente de Morais ao Congresso Nacional.

Em 1902, em virtude da incompatibilidade nos cargos públicos, foi exonerado o então diretor do Hospício, Dr. ANTONIO DIAS DE BARROS, que foi substituído pelo Dr. JULIANO MOREIRA, a êsse tempo professor substituto de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da Baía, que se empenhou vivamente para que o Brasil possuisse uma lei federal de assistência aos alienados, enviando nesse sentido uma exposição ao Ministro do Interior.

A 3 de agôsto de 1903 surgiu no Congresso uma mensagem do Presidente Rodrigues Alves e do seu Ministro do Interior Dr. J. J. SEABRA, que deu lugar ao projeto que obteve da Comissão de Saúde Pública um notável parecer elaborado pelo professor TEIXEIRA BRANDÃO, logo depois transformado no decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903, no qual o Snr. Presidente da República sancionava a resolução do Congresso Nacional.

A 1.º de janeiro de 1904, foi baixado o novo regulamento da Assistência a Alienados no Distrito Federal.

4. Juliano Moreira e Afrânio Peixoto na direção do Hospital Nacional. — Com o novo regulamento de assistência aos alienados, JULIANO MOREIRA inicia uma série de reformas no hospital por êle dirigido, ampliando os pavilhões, construindo novas dependências para oficinas e adquirindo aparelhamento para novas instalações das seções de cirurgia, eletroterapia, mecanoterapia, hidroterapia, etc.

Afastado por motivo de moléstia do cargo de diretor efetivo, foi o professor JULIANO MOREIRA substituído interinamente pelo professor AFRÂNIO PEIXOTO, que com igual zêlo e dedicação prosseguiu na reforma iniciada pelo seu antecessor.

Entre os progressos então realizados cumpre salientar a creação da Escola de Enfermagem, a instalação do Pavilhão Bourneville para crianças anormais, a reforma da Colônia então existente na Ilha do Governador. Data daí um novo surto científico nos domínios da neuropsiquiatria brasileira, não sendo sem justa razão que, por ocasião da abertura do Primeiro Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, o professor ANTÔNIO AUSTREGÉSILO dividiu a história da assistência a alienados no Brasil em três fases: a primeira, que

chamava de humana, fase em que predominou o coração mais que o cérebro, foi aquela em que os infelizes insanos saíram dos cárceres infectos, sem ar, sem luz, para o estabelecimento especial que então se creára — o Hospital D. Pedro II; a segunda, a fase científica da fundação da cadeira, iniciada pelo talento brilhante do professor TEIXEIRA BRANDÃO; e a terceira, que denominou Juliana, em que o alienado passou de lunático a doente comum e a ser tratado como caso clínico vulgar.

Releva também notar o grande número de publicações científicas relativas à neuro-patologia e à psiquiatria forense, que desde então passaram a ser insertas nas revistas médicas estrangeiras e nacionais.

Alguém disse, acertadamente, ter sido o Hospício Nacional nessa época um verdadeiro ninho de sábios, pois alí mourejavam AFRÂNIO PEIXOTO, ANTÔNIO AUSTREGÉSILO, HENRIQUE ROXO, FERNANDES FIGUEIRA, MIGUEL PEREIRA, ÁLVARO RAMOS, BRUNO LOBO, HUMBERTO GOTUZO e tantos e tantos outros que vieram mais tarde a ocupar destacada posição no cenário médico brasileiro.

Tendo passado para a Medicina Legal, AFRÂNIO PEIXOTO não esquecera contudo a Psiquiatria. Fazendo parte do Parlamento Nacional, redigiu o projeto n.º 218, do ano de 1926, que reorganizou a assistência a psicopatas no Distrito Federal. E' também dêsse grande mestre brasileiro a iniciativa de substituir a palavra "alienado" por "psicopata", tendo em vista que esta condição nem sempre implica aquela. Com a lei de AFRÂNIO PEIXOTO foram creados os serviços abertos para os doentes mentais, equiparados assim, para todos os efeitos, aos outros doentes.

5. *Os sucessores de Juliano Moreira.* — Em 1930 foi o Prof. JULIANO MOREIRA aposentado, tendo sido nomeado para substituí-lo o Dr. WALDEMIRO PIRES, que foi sucedido em 1932 pelo Dr. GUSTAVO RIEDEL, que teve como substituto o Dr. JEFFERSON DE LEMOS.

Presentemente, a Divisão de Assistência a Psicopatas está entregue à competente direção do Dr. WALDEMIRO PIRES. E' atual diretor do Hospital Psiquiátrico o Prof. ADAUTO BOTELHO, que está envidando consideráveis esforços para proceder a mudança do Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha para Engenho de Dentro, onde está em construção um pavilhão para agudos, com capacidade para 500 doentes.

Do novo plano de reorganização da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal constam também um pavilhão de neuro-psiquiatria infantil e inúmeras outras instalações destinadas a abrigar as clínicas cirúrgica, médica, otorrinolaringológica, as seções de raio X, de neurosífilis. Existe também o propósito de se dar maior amplitude à Colônia Juliano Moreira, com duas grandes seções (masculina e feminina), com capacidade para mais de 3.000 doentes. Êste Serviço disporá de

vários serviços especializados, um serviço de psicologia e orientação profissional, praxiterapia, escola de enfermagem, etc.

O Manicômio Judiciário, confiado à incontestável capacidade do Prof. HEITOR CARRILHO, funciona presentemente junto à Casa de Detenção, mas cogita-se da construção de um novo e apropriado edifício em Engenho de Dentro.

6. A assistência a psicopatas em São Paulo. — Coube a São Paulo a glória de ter sido, depois da capital do país, o primeiro a ter e iniciativa de dispensar assistência condigna aos psicopatas, conforme se depreende do artigo 6.º da Lei n.º 12, de 18 de setembro de 1848, que autorizava o Govêrno a tomar providências para a elaboração de plantas e orçamento de um hospital onde pudessem ser abrigados todos os doentes do Estado.

O primeiro estabelecimento destinado exclusivamente ao tratamento de psicopatas no Estado de São Paulo, localizado na rua de São João, nas proximidades da atual rua Ipiranga, foi instalado em 1852 na presidência do Padre Vicente Pires da Motta. Êsse estabelecimento, que funcionou naquele mesmo local até 1864, foi inaugurado com apenas nove doentes, na sua maioria criminosos e outros agitados, tidos como perigosos à comunidade. Êsse número cresceu rapidamente e em 1858 já não havia mais acomodações para abrigar os doentes que exigiam internação urgente, razão pela qual o Govêrno adquiriu uma chácara existente junto à Ladeira da Tabatinguera, de propriedade do Padre Monte Carmelo. Para o velho sobrado, que servia de casa de residência, depois de devidamente reparado foram transferidos em 1864 os doentes que se encontravam no primitivo asilo da rua São João.

Foi primeiro administrador do Hospício o Snr. Thomé de Alvarenga, que exerceu essas funções até 1868, época em que foi sucedido por seu filho Frederico de Alvarenga. Muitos e dedicados foram os serviços prestados por êsses dois funcionários, que se desvelaram no exercício de seus cargos, contribuindo eficazmente para melhorar a sorte dos doentes a êles confiados.

Os primeiros médicos a assistirem os alienados recolhidos ao velho Hospício da Várzea do Carmo foram os Drs. XAVIER DE MESQUITA, JOÃO CESAR RUDGE e CLARO HOMEM DE MELLO, que se revelaram extremamente dedicados no cumprimento das suas obrigações.

7. A obra de Franco da Rocha. — Em abril de 1896 foi nomeado Diretor do Hospício de São Paulo o Dr. FRANCISCO FRANCO DA ROCHA, antigo interno da Casa de Saúde Dr. Eiras, do Rio de Janeiro, que já exercia as funções de médico do Hospício, imprimindo-lhe orientação científica e iniciando uma campanha em favor da creação de um novo e condigno estabelecimento, que culminou com a creação do Hospício de Juquerí.

Em 1895 foi dado início à construção de um novo asilo em um terreno de 150 hectares, à margem da São Paulo Railway, próximo à Estação de Juquerí, junto ao rio do mesmo nome.

Em 1898 foi inaugurada a primeira colônia agrícola, com 80 insanos.

Em 1901 foram transportados para o novo estabelecimento de Juquerí os doentes masculinos do velho Hospício de São Paulo, o mesmo sendo feito, em 1903, com as mulheres, passando então, o antigo Hospício, a servir de caserna para a Fôrça Pública, achando-se alí aquarteladas, ainda hoje, fôrças do Exército Nacional.

Na construção do Hospício de Juquerí o professor FRANCO DA ROCHA obedeceu, em suas linhas gerais, às decisões do Congresso Internacional de Alienistas, reunido em París em 1889, que aconselhava o estabelecimento de colônias agrícolas anexas aos asilos, para o que havia necessidade de grandes áreas.

Para a realização do seu programa, FRANCO DA ROCHA contou com o apôio de dois ilustres presidentes de São Paulo, os Drs. Cerqueira Cesar e Bernardino de Campos, cujos nomes ficaram para sempre ligados à história da assistência a psicopatas do Estado de São Paulo.

Em 1908 FRANCO DA ROCHA instalava o sistema de assistência familiar no Estado, o primeiro que se estabeleceu na América do Sul. Em 1912 o serviço de assistência a psicopatas no Estado de São Paulo compreendia :

I) Um asilo fechado de tratamento ;

II) Colônias agrícolas anexas ao asilo, com "open-door" parcial ;

III) Fazendas e dependências agrícolas com "open-door" completo ;

IV) Assistência familiar dentro do perímetro do estabelecimento (tipo Uchtspringe) ;

V) Assistência familiar fora dos terrenos do asilo (tipo Gehel).

Prosseguindo no seu programa, FRANCO DA ROCHA construiu em Juquerí mais cinco colônias autônomas, um pavilhão para menores anormais e um laboratório de anatomia patológica.

Não se limitou FRANCO DA ROCHA a dotar São Paulo de um primoroso serviço de assistência aos psicopatas, como também publicou uma série de trabalhos científicos que tiveram larga repercussão nos meios nacionais e estrangeiros.

Aposentando-se a 23 de março de 1923, o professor FRANCO DA ROCHA, solicitado pelo Govêrno do Estado, indicou para substituí-lo o Dr. A. C. PACHECO E SILVA, que, prosseguindo no programa traçado pelo seu mestre e antecessor, ampliou os diversos departamentos da assistência a psicopatas, creando os serviços de Ergote-

rapia, as Clínicas Especializadas, a Escola para menores anormais, o Manicômio Judiciário, uma nova Colônia para homens, uma nova Colônia para Mulheres; os Pavilhões de Observação, a Seção de Neuro-Sífilis, a Seção de Radiologia, um Pavilhão para psicopatas tuberculosos, as Seções destinadas a doenças intercorrentes, dando também início aos asilos regionais, instalando os de Santos e Ribeirão Preto, e, finalmente, a Diretoria Geral da Assistência a Psicopatas, os ambulatórios e os serviços de higiene mental a êles anexos.

Na sua administração procurou o Dr. PACHECO E SILVA dar maior desenvolvimento à seção científica, iniciando a publicação das Memórias do Hospital de Juquerí e dos Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo.

Em virtude da lei que vedou a acumulação dos cargos públicos, o Dr. PACHECO E SILVA optou, em dezembro de 1937, pela cátedra de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo sido nomeado para substituí-lo o Dr. FRANCISCO MARCONDES VIEIRA. Ocupa hoje aquele cargo o Dr. Milton de Azevedo Peña.

8. A assistência a psicopatas nos demais Estados do Brasil. — Depois de São Paulo, segundo JULIANO MOREIRA, foi Pernambuco o Estado do Brasil que mais cedo se lembrou de dar agazalho aos seus alienados.

A Santa Casa de Recife manteve os alienados da cidade no antigo edifício denominado Casa dos Coelhos até 1861, época em que foram construídos o Hospital Pedro II e o Hospício de Olinda. Tais providências se devem sobretudo ao antigo senador Ambrósio Leitão da Cunha.

Mais tarde foi inaugurado um novo estabelecimento no bairro da Tamarineira e hoje a assistência aos psicopatas no Estado de Pernambuco é uma das que fazem honra ao Brasil.

Na Baía os psicopatas foram inicialmente abrigados pela Santa Casa de Misericórdia, que os internava no Hospital de São Cristóvão. Em 1833 mudou-se o hospital para o Colégio dos Jesuítas. Por determinação do Conselheiro Antonio de Sá e Albuquerque tiveram os alienados da Baía a sua sorte melhorada, sendo finalmente inaugurado alguns anos mais tarde, em junho de 1874, o Asilo de São João de Deus, que ficou sob a direção do Prof. DEMÉTRIO TOURINHO, substituído mais tarde pelo Dr. JOSÉ DE TEIVE E ARGOLLO, o qual por sua vez teve como sucessor o Dr. ANÍSIO DE CARVALHO.

Grande influência exerceu, na reforma por que passou a Assistência aos Psicopatas da Baía, o insigne Prof. NINA RODRIGUES, cujos trabalhos sôbre Psiquiatria Forense o notabilizaram nos centros científicos mundiais.

No Rio Grande do Sul os doentes mentais foram alojados numa chácara a êles destinada em 1879, quando era presidente da Província o Dr. Thompson Flores. Até então os doentes mentais eram hospitalizados na Santa Casa. Anos depois, o Govêrno do Estado construiu o Hospício São Pedro, que tem passado por sucessivas reformas, tomando grande impulso sob a direção do Dr. JACINTO DE GODOY.

O Rio Grande do Sul dispõe hoje também de uma colônia em Jacuí e de um Manicômio Judiciário.

O Estado de Minas Gerais enviava os seus doentes mentais para o Hospício Nacional de Alienados até o ano de 1903, época em que foi inaugurado o Hospício de Barbacena. Presentemente, além da Colônia localizada nesta última cidade, o Estado de Minas Gerais dispõe de um excelente hospital psiquiátrico em Belo Horizonte, o Instituto Raul Soares, e de um Manicômio Judiciário.

No Estado do Pará, desde 1834, começaram os alienados a ser isolados, sem que entretanto recebessem assistência condigna, tendo sido o primeiro hospício inaugurado em 1873. Só em 1888, porém, é que o Govêrno autorizou a construção de um estabelecimento apropriado aos psicopatas, localizado no Marco de Meia Légua e planejado pelo Engenheiro Nina Ribeiro.

O Amazonas teve um hospício creado em 1834, quando era Governador do Estado o Dr. Eduardo Gonçalves Ribeiro. Muito contribuiu para melhorar também os serviços psiquiátricos daquele Estado a ida a Manaus do Prof. MARCIO NERY.

No Paraná, os doentes mentais eram, até 1903, alojados na Santa Casa. Graças aos esforços de Monsenhor Alberto José Gonçalves, foi inaugurado o Hospício Nossa Senhora da Luz, localizado no campo do Aú, que passou por recentes reformas.

Em todos os demais Estados do Brasil também têm sido os serviços psiquiátricos organizados e há hoje uma nítida compreensão da necessidade de se dispensar aos psicopatas uma assistência adequada.

9. O ensino de Psiquiatria no Brasil. — A primeira cadeira de Clínica Psiquiátrica creada no Brasil foi na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo sido ocupada em 1883, após concurso, pelo eminente Prof. TEIXEIRA BRANDÃO, que mais tarde assumiu a direção do Hospital Pedro II. Teve êle como sucessor o Prof. MARCIO NERY, que pouco tempo esteve no exercício da cátedra, sendo logo depois substituído pelo Prof. HENRIQUE ROXO, que ainda hoje a ocupa com invulgar brilho.

Em São Paulo, o primeiro titular da cadeira foi o Prof. FRANCO DA ROCHA, que a lecionava juntamente com a Clínica Neurológica. O Prof. FRANCO DA ROCHA foi substituído pelo Prof. ENJOLRAS VAM-

PRÉ. Em 1936, foi a cadeira de Clínica Neuriática e Psiquiátrica desdobrada e postas em concurso, sendo a de Clínica Neurológica ocupada pelo Prof. ENJOLRAS VAMPRÉ e a de Clínica Psiquiátrica pelo Prof. A. C. PACHECO E SILVA.

As demais escolas do Brasil têm os seguintes titulares de Clínica Psiquiátrica : Faculdade de Medicina da Baía — Prof. MARIO LEAL ; Faculdade Fluminense de Medicina — Prof. HEITOR CARRILHO ; Faculdade de Medicina de Porto Alegre — Prof. LUIZ GUEDES ; Faculdade de Medicina de Recife — Prof. ALCIDES CODECEIRA ; Escola Paulista de Medicina — Prof. A. C. PACHECO E SILVA ; Faculdade de Medicina de Belo Horizonte — Prof. ERMELINDO LOPES RODRIGUES ; Faculdade de Medicina do Paraná — Prof. ALÔ GUIMARÃES ; Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro — Prof. PLINIO OLINTHO.

LEGISLAÇÃO SÔBRE A ASSISTÊNCIA AOS PSICOPATAS ATUALMENTE EM VIGOR NO BRASIL

DECRETO N.º 24.559 — DE 3 DE JULHO DE 1934

Dispõe sôbre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, à fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

O Chefe do Govêrno Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, usando das atribuições que lhe confere o artigo 1.º do decreto 19.398, de 11 de novembro de 1930, decreta:

Art. 1.º — A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;

b) Dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;

c) Concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

Art. 2.º — Fica instituido um Conselho de Proteção aos Psicopatas, com os seguintes membros: um dos juízes de órfãos, o juiz de menores, o chefe de polícia do Distrito Federal, o diretor geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o psiquiatra diretor do Serviço de Profilaxia Mental, os professores catedráticos das clínicas Psiquiátrica, Neurológica, de Medicina Legal, Medicina Pública e Higiene, da Universidade do Rio de Janeiro, um representante do Instituto da Ordem dos Advogados, por êste escolhido, um representante da Assistência Judiciária, por ela indicado, e cinco representantes de Instituições privadas de assistência social, dos quais um será o presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental e os demais designados pelo Ministro da Educação e Saúde Pública.

§ 1.º — O presidente nato do Conselho é o Ministro da Educação e Saúde Pública, cabendo a vice-presidência ao diretor da Assistência a Psicopatas.

§ 2.º — Ao Conselho incumbirá:

I — Estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como aconselhar ao Govêrno as medidas que devam ser tomadas para benefício dêstes, coordenando iniciativas e esforços nesse sentido.

II — Auxiliar os órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com as organizações públicas ou particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais.

Art. 3.º — A proteção legal e a prevenção, a que se refere o art. 1.º dêste decreto, obedecerão aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social.

§ 1.º — Os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência hétero-familiar do Estado ou em domicílio,

da própria família ou de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.

§ 2.º — Os menores anormais sòmente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a êles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos dêsse gênero.

§ 3.º — Não é permitido manter doentes com distúrbios mentais em hospitais de clínica geral, a não ser nas seções especiais de que trata o parágrafo único do art. 4.º.

§ 4.º — Não é permitido conservar mais de três doentes mentais em um domicílio, observando-se, porém, o disposto no art. 10.

§ 5.º — Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente, por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

Art. 4.º — São considerados estabelecimentos psiquiátricos, para os fins dêste decreto, os que se destinarem à hospitalização de doentes mentais e as seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social.

Parágrafo único — Êsses estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, deverão :

a) Ser dirigidos por profissionais devidamente habilitados, dispor de pessoal idôneo, moral e profissionalmente, para os serviços clínicos e administrativos, e manter plantão médico permanente ;

b) Estar convenientemente instalados em edifícios adequados, com dependências que permitam aos doentes completa separação dos sexos, conveniente distribuição de acôrdo também com as suas reações psicopáticas e a possibilidade de vida e ocupação ao ar livre ;

c) Dispor dos recursos técnicos adequados ao tratamento conveniente aos enfermos.

Art. 5.º — E' considerado profissional habilitado a dirigir estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, quem possuir o título de professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades de Medicina da República, oficiais ou oficialmente reconhecidas, ou quem tiver, pelo menos durante dois anos, exercido efetivamente o lugar de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, autorizado.

Art. 6.º — Quem pretender fundar estabelecimento psiquiátrico deverá requerer ao Ministro da Educação e Saúde Pública a necessária autorização, anexando à petição os seguintes documentos :

a) Provas de que o estabelecimento preenche as condições exigidas no parágrafo único do art. 4.º ;

b) declaração do número de doentes que poderá comportar ;

c) declaração de que o mesmo observará o regime aberto, ou mixto, e receberá sòmente psicopatas ou também outros doentes, precisando, neste caso, a inteira separação dos locais reservados a uns e outros.

§ 1.º — Deferido o requerimento, si tiver merecido parecer favorável da Comissão Inspetora, recolherá o requerente aos cofres públicos a taxa anual de fiscalização estipulada pelo Govêrno, de acôrdo com a alínea *b*, dêste artigo.

§ 2.º — Quando a direção de um estabelecimento psiquiátrico pretender aumentar a lotação dos doentes, submeterá ao Ministro, devidamente informado pela Comissão Inspetora, e respectiva Repartição de Engenharia, a documentação comprobatória de que as novas construções permitirão o acréscimo requerido.

§ 3.º — Todos os documentos e planos relativos à fundação e ampliação de qualquer estabelecimento psiquiátrico particular deverão ser sempre conservados por forma a permitir à Comissão Inspetora o respectivo exame, quando entender conveniente.

Art. 7.º — Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quanto ao regime, em abertos, fechados e mixtos.

§ 1.º — O estabelecimento aberto ou a parte aberta do estabelecimento mixto destinar-se-á a receber:

a) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais referidos no § 5.º do art. 3.º que necessitarem e requererem hospitalização;

b) os psicopatas, os toxicômanos e intoxicados habituais que, para tratamento por motivo de seu comportamento ou pelo estado de abandono em que se encontrarem, necessitarem de internação e não a recusarem de modo formal;

c) os indivíduos suspeitos de doença mental que ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública e não protestarem contra sua hospitalização;

d) os indivíduos que, por determinação judicial, devam ser internados para avaliação de capacidade civil.

§ 2.º — O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento mixto, acolherá:

a) os toxicômanos e os intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que por suas reações perigosas não devem permanecer em serviços abertos;

b) os toxicômanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária.

§ 3.º — Nos casos de simples suspeita de afecção mental, serão devidamente observados em seções próprias, antes da internação definitiva.

Art. 8.º — Afim de readaptar à vida social os psicopatas crônicos, tranquilos e capazes de viver no regime de família, os estabelecimentos psiquiátricos públicos poderão manter nos seus arredores um serviço de assistência hétero-familiar.

Art. 9.º — Sempre que, por qualquer motivo, fôr inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

Art. 10.º — O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento.

Art. 11.º — A internação de psicopatas, toxicômanos ou intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou à requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até o quarto grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1.º — Para a internação voluntária, que sòmente poderá ser feita em estabelecimento aberto, ou parte aberta do estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2.º — Para a internação por solicitação de outros, será exigida a prova da maioridade do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3.º — A internação no Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do juiz.

§ 4.º — Os pacientes cuja internação fôr requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica, serão sujeitos a exame na Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá então a respectiva guia.

Art. 12.º — Serão documentos exigidos para toda internação, salvo nos casos previstos neste decreto: atestado médico, que sòmente será dispensado quando se tratar de ordem judicial, e certificado de identidade do internando.

§ 1.º — O atestado médico poderá ser substituido por guia do médico da Seção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, do chefe de qualquer dispensário da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental ou do médico do respectivo hospital.

§ 2.º — Não poderá lavrar o atestado ou a guia de que trata êste artigo, o médico que:

a) não tiver diploma registrado na Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social;

b) requerer a internação;

c) fôr parente consanguíneo ou afim em linha reta ou colateral até o 2.º grau, inclusive, do internando;

d) fôr sócio comercial ou industrial do internando.

§ 3.º — Êsses atestados ou guias só terão valor se apresentados dentro de 15 dias, a contar da data em que tiverem sido firmados, não poderão ser concedidos senão dentro dos primeiros oito dias após o último exame do paciente.

§ 4.º — Êsses documentos deverão declarar quais as perturbações psíquicas ou manifestações suspeitas do paciente, que justificam a necessidade ou conveniência de sua internação.

§ 5.º — O certificado de identidade deverá conter nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côr, profissão, estado civil, residência e outros esclarecimentos que também possam servir para a respectiva comprovação.

Art. 13.º — A admissão de enfêrmo proveniente de outro estabelecimento psiquiátrico, só poderá efetuar-se se o requerente apresentar:

I — cópia legalizada dos documentos da primeira admissão;

II — atestado do estabelecimento donde provier o doente, afirmando que o mesmo continua a necessitar de tratamento em estabelecimento psiquiátrico e declarando qual o seu regime de hospitalização.

§ único — Na falta dessa documentação comprobatória, deverão ser observadas as exigências estabelecidas para a primeira internação.

Art. 14.º — Nos casos urgentes em que se tornar necessário, em benefício do paciente, ou como medida de segurança pública, poderá êle ser recolhido, sem demora, a estabelecimento psiquiátrico, mediante simples atestação médica em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata.

§ único — O certificado de identidade e o requerimento do representante do doente deverão, porém, ser apresentados no prazo de 48 horas.

Art. 15.º — Todo estabelecimento psiquiátrico deverá inscrever em livro rubricado pela Comissão Inspetora, o nome, filiação, nacionalidade, naturalidade, idade, côr, profissão, estado civil e residência do indivíduo admitido, data da sua entrada, todos os documentos relativos à internação e nome e residência das pessoas por êle responsáveis.

§ único — Neste registro a Comissão Inspetora consignará as observações que entender necessárias.

Art. 16.º — Uma vez hospitalizado, deverá ser o paciente imediatamente examinado pelo médico de plantão, que redigirá uma nota clínica, tão minuciosa quanto possível, visando o estado somático e mental do internado, e fazendo especialmente ressaltar a natureza das suas reações perigosas evidentes ou presumíveis.

Art. 17.º — A observação de cada hospitalizado deverá ser mantida sempre em dia, com o histórico da sua afecção e a exposição do tratamento seguido.

Art. 18.º — No caso da sua transferência da parte aberta para a fechada do mesmo estabelecimento, será exigida guia do médico de serviço, que contenha as informações fornecidas pelo doente e pela família, os dados resultantes do exame psíquico e somático, bem como os motivos que justifiquem essa mudança de regime.

Art. 19.º — Ao psicopata, toxicômano ou intoxicado habitual, internado voluntariamente em serviço aberto, será imediatamente concedida alta, quando a pedir, salvo caso de iminente perigo para o mesmo, para outrem ou para a ordem pública.

§ único — Negada a alta, o diretor do estabelecimento enviará imediatamente um relatório à Comissão Inspetora, expondo as razões da recusa.

Art. 20.º — Não poderá permanecer em estabelecimento especial aberto, fechado ou mixto, qualquer paciente, depois de concedida alta pelo médico assistente, com exceção dos internados judiciais, dos que forem enviados com a nota de detido pelas autoridades policiais ou militares e dos que forem internados pelas corporações militares. A alta será imediatamente comunicada, para os devidos fins, às respectivas autoridades, que deverão providenciar, sem demora, sôbre a retirada do paciente.

Art. 21.º — Salvo o caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio paciente ou para outros, não será recusada a retirada do internado em qualquer estabelecimento quando requerida :

a) pela pessoa que pediu a internação ;

b) por cônjuge ; pai ou filho, ou outro parente de maior idade até o 4.º grau inclusive, na falta daqueles ;

c) por curador ou tutor.

§ 1.º — O requerente deverá responsabilizar-se pelo tratamento e cuidados exigidos pelo estado mental do paciente.

§ 2.º — Quando as pessoas acima referidas divergirem relativamente à retirada, será êsse fáto comunicado à Comissão Inspetora para decidir.

§ 3.º — Quando fôr recusada a retirada, o diretor do estabelecimento comunicará, imediatamente, à Comissão Inspetora os motivos da recusa.

§ 4.º — Quando o Juiz ordenar a saída do paciente que apresente manifesto perigo para a ordem pública, para si próprio ou para outrem, o diretor do estabelecimento deverá antes ponderar àquela autoridade a inconveniência do cumprimento da ordem, aguardando nova determinação.

Art. 22.º — O diretor do estabelecimento, quando a alta não se justificar, poderá, após informe do médico assistente sôbre o estado do psicopata, conceder-lhe licença pelo prazo máximo de seis meses, si fôr requerida.

§ 1.º — O médico assistente poderá conceder licença de experiência clínica, até seis meses, justificada a concessão por qualquer dos motivos seguintes :

I — promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar ;

II — promover a influência curativa, quer em relação às perturbações mentais, quer em relação a doenças intercorrentes por mudança de clima, regime ou hábitos ;

III — averiguar o estado de cura definitiva, colocando o licenciado em condições de amplo exercício de suas faculdades intelectuais e morais;

IV — precavê-lo contra a eventualidade de contágio mental iminente, dada a sua predisposição individual e a necessidade de subtraí-lo à residência em comum que possa agravar o seu estado psíquico.

§ 2.º — Quer a licença requerida quer a de experiência dispensarão as formalidades de reentrada, salvo se esta não se realizar findo o respectivo prazo.

§ 3.º — Quando não houver inconveniente, o médico assistente poderá prorrogar a licença e neste caso subsistirá valida por igual tempo a primeira matrícula.

Art. 23.º — Qualquer psicopata evadido de estabelecimento, público ou particular, poderá ser readmitido, independentemente de novas formalidades, antes de decorridos mais de trinta dias da sua fuga, persistindo os motivos da anterior admissão.

Art. 24.º — O diretor de qualquer estabelecimento psiquiátrico aberto, fechado ou mixto, enviará mensalmente à Comissão Inspetora um boletim do movimento de entradas e saídas do mês anterior, devendo também comunicar-lhe, com brevidade, todas as ocorrências importantes verificadas no mesmo estabelecimento.

Art. 25.º — O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§ 1.º. — Para segurança dessas finalidades, o Govêrno providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do território nacional e os que requererem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuro-mental do requerente.

§ 2.º — Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante acôrdo com os governos dos respectivos países de origem.

DA PROTEÇÃO À PESSOA E BENS DOS PSICOPATAS

Art. 26.º — Os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os átos da vida civil.

§ único. — Supre-se a incapacidade pelo modo instituido na legislação civil ou pelas alterações constantes do presente decreto.

Art. 27.º — A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

§ 1.º — O psicopata recolhido a qualquer estabelecimento até o 90.º dia de internação, nenhum áto de administração ou disposição de bens poderá praticar senão por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com a prévia autorização judicial quando fôr necessária.

§ 2.º — Findo o referido prazo, se persistir a doença mental e o psicopata tiver bens, rendas ou pensões de qualquer natureza, ser-lhe-á nomeado pelo tempo não excedente de dois anos, um administrador provisório, salvo si ficar provada a conveniência da interdição imediata com a consequente curatela.

§ 3.º — Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária

competente a respectiva interdição, promovida obrigatòriamente pelo Ministério Público, si dentro de 15 dias não o for pelas pessoas indicadas no art. 447 ns. I e II do Código Civil.

§ 4.º — As medidas previstas neste artigo, salvo a de interdição, serão promovidas em segredo de justiça.

Art. 28.º — Ao administrador provisório, bem como ao curador, poderá o juiz abonar uma remuneração razoável, tendo sempre em vista a natureza e a extensão dos encargos e as possibilidades econômicas do psicopata.

§ 1.º — O administrador provisório e o curador são obrigados a prestar contas, trimestralmente, sob pena de destituição — ex-ofício — a autoridade judiciária competente, contas que deverão ser devidamente documentadas e acompanhadas de exposição detalhada sôbre o desempenho das funções, o estado e situação dos bens do psicopata, salvo o caso do art. 455 do Código Civil.

§ 2.º — A administração provisória e a curatela cabem às pessoas designadas no art. 454 do Código Civil.

§ 3.º — No despacho que nomear o administrador provisório ou na sentença que decretar a interdição, o juiz, tendo em conta o estado mental do psicopata, em face das conclusões da perícia médica, determinará os limites da ação do administrador provisório, ou do curador, fixando assim a incapacidade absoluta ou relativa do doente mental.

§ 4.º — Da decisão que decretar ou não, a administração provisória ou a curatela, caberá recurso de agravo de instrumento.

Art. 29.º — Os psicopatas egressos aos estabelecimentos psiquiátricos da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, bem como os atendidos nos seus dispensários psiquiátricos, e que não tiverem sido internados, serão amparados e orientados pela Seção de Assistência Social do Serviço de Profilaxia Mental.

Art. 30.º — Será sempre permitido a qualquer pessoa mantida em domicílio ou internada em estabelecimento psiquiátrico, público ou particular, reclamar a quem de direito, por si ou por outros, novo exame de sanidade mental, o qual, no último caso, não poderá ser feito por médicos do estabelecimento em que a pessoa se achar.

Art. 31.º — A correspondência dos internados dirigida a qualquer autoridade, não poderá ser violada pelo pessoal do estabelecimento, o qual será obrigado a fazê-la seguir seu destino sem procurar conhecer do conteúdo da mesma.

Art. 32.º — Para o fim de zelar pelo fiel cumprimento dos artigos do presente decreto, que visam assegurar aos psicopatas o bem estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal, fica constituida no Distrito Federal uma Comissão Inspetora, composta de um Juiz de Direito, que será o seu presidente, de um dos curadores de órfãos e de um psiquiatra do quadro da Diretoria Geral da Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, todos escolhidos pelo Govêrno, servindo em comissão.

§ 1.º — Junto à Comissão Inspetora servirá como secretário um funcionário do Ministério da Educação e Saúde Pública, designado pelo Ministro.

§ 2.º — Nos Estados a Comissão Inspetora é constituida do Procurador da República, do Juiz Federal e de um psiquiatra ou de um médico que se tenha revelado cultor desta especialidade, nomeado pelo Govêrno do Estado.

§ 3.º — Para os estabelecimentos particulares, as infrações dos preceitos dêste decreto serão punidas com multa de 200$000 a 2:000$000, imposta pela Comissão Inspetora no Distrito Federal e pela dos Estados, sem prejuizo de outras penalidades previstas no Código Penal.

§ 4.º — No caso de reincidência da direção de estabelecimento particular, poderá ser cassada pelo Ministro da Educação e Saúde Pública a autorização para o seu funcionamento, mediante proposta da Comissão Inspetora.

§ 5.º — Na falta de pagamento da multa, que deverá ser recolhida ao Tesouro Nacional dentro do prazo de 5 dias, será ela cobrada executivamente como renda da União.

Art. 33.º — Quando o paciente, internado em qualquer estabelecimento psiquiátrico, fôr possuidor de bens ou receber rendas ou pensões de qualquer natureza, não tendo tutor, ou curador, a respectiva direção comunicará, sem demora, êsse fáto à Comissão Inspetora, para que esta providencie no sentido de acautelar aquele patrimônio, na conformidade das disposições do presente decreto.

Art. 34.º — Revogam-se as disposições em contrário.

TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA AOS MENORES ANORMAIS

1. Definição. – 2. Histórico. – 3. Fatores determinantes da anormalidade infantil. – 4. Classificação dos anormais. – 5. Tratamento. – 6. Assistência. – 7. Delinquência infantil. – 8. Reformatórios. – 9. Assistência aos menores anormais no Brasil.

1. Definição. — Ao se estabelecer a distinção entre as crianças normais e as ditas anormais, cumpre que se tenham em vista não apenas aquelas que apresentam atrazo mental, isto é, as idiotas, as imbecís e as simples retardadas, como também as que têm conduta irregular, revelando muitas vêzes inteligência viva mas acusando comprometimento das faculdades morais e anomalias do caráter. Assim, toda criança que apresente um atrazo de inteligência reconhecidamente inferior à média das crianças da mesma idade, ou que tenha comportamento irregular, denunciando anomalia moral, diz-se que é uma anormal.

Na divisão dos débeis mentais, a Inglaterra adotou, de acôrdo com o British Mental Deficiency Act (1927), o seguinte critério : débil será aquele que exija cuidados e vigilância alheios ; imbecil será aquele que apresentar uma insuficiência ainda mais acentuada ; idiota será todo aquele que fôr incapaz de se prevenir contra os perigos estranhos.

Nos Estados Unidos costuma-se considerar como idiota o indivíduo cuja idade mental fôr inferior a 2 anos ; imbecil aquele cuja idade mental fôr superior a 2 e inferior a 7 anos ; e, finalmente, retardados os de idade mental superior a 7, porém inferior a 12 anos.

Para a realização dêste cálculo costuma-se adotar os testes para a avaliação da idade mental de BINET-SIMON e o quociente mental adotado por STERN.

Q. I. de 0 a 0,20 — idiota
Q. I. de 0,20 a 0,40 — débil mental
Q. I. de 0,40 a 0,60 — retardado.

Nos Estados Unidos foram adotadas as escalas da inteligência de BINET e SIMON e as revisões de TERMANN, KULMANN e STANFORD.

No Brasil, FERNANDES FIGUEIRA e ULYSSES PERNAMBUCANO procederam a interessantes trabalhos visando a organização de uma escala brasileira.

*2. **Histórico.*** — Em passado remoto as crianças anormais, tanto do ponto de vista físico como psíquico, eram abandonadas à sua própria sorte. Mais tarde, verificou-se uma reação e o homem passou a dispensar, aos seus semelhantes mais desherdados pela natureza, o máximo de sua dedicação.

Os gregos e os romanos equiparavam os débeis mentais e os anômalos morais aos psicopatas. Em Esparta, as crianças com estigmas físicos ou indícios de comprometimento mental eram lançadas ao Eurotas.

Mais tarde, com o advento do cristianismo, os sentimentos de piedade e caridade cristã impuseram outras normas que aconselhavam comiseração e misericórdia ante êsses infelizes.

Na França foram êles denominados "Enfants du bon Dieu" ou "Cretins"; na Escóssia e na Irlanda eram conhecidos por inocentes.

Na Inglaterra foram empregados, pela primeira vez, em 1534, alguns testes para a medida da inteligência. Era alí então considerado como idiota todo indivíduo incapaz de contar 24 pence, de reconhecer os pais ou que desconhecesse a sua própria idade.

Durante a Idade Média, os anormais não foram objeto da atenção dos médicos, porquanto "não lhes cabia ocuparem-se dos demoníacos ou dos detritos da raça humana".

Em 1797, em França, alguns caçadores descobriram, num bosque do departamento de Aveyron, um menino abandonado, vivendo em estado selvagem. Não obstante o ceticismo revelado por PINEL e ESQUIROL, que o consideraram um idiota ineducável, ITARD dêle se ocupou durante cinco anos consecutivos e, se não colheu resultados correspondentes aos seus esforços, demonstrou a possibilidade da reeducação dos anormais. SEGUIN, discípulo de ITARD, aperfeiçoou e desenvolveu os seus métodos, creando em França, e depois nos Estados Unidos, os primeiros estabelecimentos destinados à assistência racional dos anormais.

VOISIN creou a ortofrenia e deu grande impulso científico aos processos aconselhados para reeducar os débeis mentais. FALRET e FERRUS muito contribuíram para a creação, em Bicêtre e na Salpêtrière, de seções especiais destinadas aos menores apresentando deficiência psíquica ou distúrbios psíquicos. BOURNEVILLE realizou estudos admiráveis sôbre o cérebro dos anômalos mentais, separando entidades mórbidas diferentes e demonstrando a multiplicidade de fatores capazes de acarretar a parada do desenvolvimento cerebral e consequentes transtornos psíquicos.

Assim, pouco a pouco, à medida que a medicina foi progredindo, que os processos pedagógicos se foram aperfeiçoando e que a assistência social atingiu ao mais elevado grau em todos os países civilizados, a reeducação dos anormais foi permitindo os magníficos resultados hoje auferidos em todos os institutos onde os novos métodos passaram a ser empregados com eficiência por pessoas experimentadas.

3. Fatores determinantes da anormalidade infantil. — Os fatores responsáveis pelas anomalias mentais e morais da criança podem ser divididos em dois grupos fundamentais: aqueles que agem sôbre o plasma germinativo e os que atuam diretamente sôbre o desenvolvimento do indivíduo.

Entre os que atuam sôbre o plasma germinativo se incluem a herança neuro-psicopática; a herança mórbida e tóxica, a consanguinidade e a idade avançada dos pais.

Os fatores que agem diretamente sôbre o indivíduo podem incidir na fase pré-natal, por ocasião do nascimento e na fase post-natal. Na fase pré-natal figuram as condições maternas físicas e mentais desfavoráveis; os elementos mórbidos agindo durante a gestação, isto é, as infecções e as intoxicações, sobretudo a sífilis, a tuberculose e o alcool; e, finalmente, os traumatismos. No que toca aos fatores relacionados com o nascimento, incriminam-se a distócia, a primogenitura e o parto prematuro, sendo que as encefalias obstétricas ocupam papel de relêvo entre os elementos responsáveis pela anormalidade infantil. Por fim, cumpre que se mencionem os fenômenos surgidos na fase post-natal, como sejam ainda os traumatismos, as toxi-infecções, a deficiência de nutrição e as desordens endócrinas.

4. Classificação dos anormais. — Numerosas classificações têm sido propostas para os anormais, variando as mesmas de acôrdo com os diferentes países e a preferência dos autores.

O Prof. SANTE DE SANCTIS propôs uma classificação que merece a nossa preferência por ser simples, lógica, prática e atual. Êsse autor divide os anormais em três grandes grupos; o da frenastenia, que compreende quatro formas diferentes: cerebropática, biopática, biocerebropática e disglandular; o das nevroses e psicoses, em que figuram a epilepsia (sem frenastenia), o histerismo, a coréia, as sequelas de encefalite, a psicodegeneração, a ciclotimia, a psicastenia, a demência precoce, a demência precocíssima e a psicose epilética; finalmente, o dos distúrbios sensoriais e da palavra, compreendendo a blesidade, a fonastenia, o audimutismo e o surdomutismo.

5. Tratamento. — O tratamento médico-pedagógico abrange as medidas profiláticas e preventivas, além do curativo, que se subdivide em cirúrgico e médico.

Os métodos profiláticos consistem na adoção de medidas eugênicas, sobretudo no exame pré-nupcial e na esterilização dos indivíduos apresentando anomalias hereditárias.

O tratamento preventivo se realiza pela obediência às leis da higiene pré-natal, pela profilaxia da sífilis e por uma assistência obstétrica bem cuidada, afim de se evitarem as grandes deformações craneanas e o aumento brusco da pressão venosa.

Entre os métodos curativos cirúrgicos figuram os aconselhados por FULLER (de Montreal), LANNELONGUE e LAURENT.

Os meios médicos consistem na administração, quando indicados, de agentes treponemicidas, na aplicação da opoterapia, sobretudo tiroidéia e hipofisária, toda vez que o exame clínico e os demais processos de investigação denunciarem a existência de um distúrbio endócrino. Emprega-se hoje, também, com resultados animadores, a radioterapia profunda, ministrada com os cuidados necessários e em doses compatíveis com as reações observadas.

O tratamento médico-pedagógico se baseia sobretudo nos chamados três ms dos autores americanos, isto é, na educação mental, moral e manual. Não se deve descuidar da educação fisiológica, visando o regular funcionamento da digestão, respiração, circulação e ainda da atividade muscular, o que se consegue mercê de uma ginástica racional.

Cumpre ainda procurar obter-se uma boa coordenação de movimentos, não só na locomoção, como na apreensão e na destreza manual, o que se consegue executando trabalhos de tecelagem, de jardinagem e de costura.

A educação dos sentidos exige especial atenção. O desenvolvimento do táto se obtém pela palpação de superfícies rugosas, pelas sensações de frio e de calor. A visão é reeducada por exercícios de mobilidade ocular, fazendo-se acompanhar raios luminosos, pela distinção das côres e das formas dos objetos. As deficiências auditivas são corrigidas pelo reconhecimento de sons elementares, pelo estudo das notas musicais, compreendendo o ritmo e a harmonia. O olfato se reeduca pela distinção dos odores. O gôsto exige a diferenciação das principais sensações gustativas : doces, amargas, ácidas e salgadas.

A educação da palavra, tão frequentemente comprometida nos anormais que apresentam gaguez, tartamudeio, blesidade, se consegue pela ginástica respiratória, pelo exercício da língua e dos lábios, pela repetição de palavras exigindo esfôrço de articulação e por exercícios de fonação.

A educação psicológica, que é uma das mais importantes, visa o desenvolvimento da capacidade de raciocínio. Para tanto, faz-se mistér despertar a atenção, a reflexão, a abstração, a generalização, a associação de idéias, a memória, a imaginação e o julgamento.

A reeducação dos instintos também é extremamente importante, sobretudo os de conservação, de sociabilidade e o genésico.

Por fim, a educação moral pelos bons exemplos, pelo estímulo às belas ações, premiando os que se comportam bem e privando de regalias aqueles que demonstram tendências perversas ou nocivas.

*6. **Assistência.*** — A assistência aos menores anormais pode ser dividida numa parte fechada, numa parte aberta e ainda numa forma de readaptação social representada pela assistência familiar ou regime "on parole" dos ingleses e americanos. Na parte aberta figuram os centros de conselhos pedagógicos, os postos de observação e de triagem e os externatos, que tanto podem ser anexos às escolas primárias, como constituirem estabelecimentos autônomos.

A assistência fechada abrange asilos para os ineducáveis, escolas médico-pedagógicas para os educáveis, escolas profissionais e colônias agrícolas.

*7. **Delinquência infantil.*** — Comentando o projeto de reforma do Código Penal Francês, PAULO SCHIFF diz: "Os delinquentes anormais, e em particular os reincidentes, necessitam mais de hospital que de prisão."

LEONÍDIO RIBEIRO, que creou entre nós essa admirável instituição que é o Laboratório de Biologia Infantil, anexo ao Juízo de Menores do Distrito Federal, cita a opinião de DI TULLIO, o qual, em recente conferência realizada em Roma, afirmou: "Na criança de um ano é, às vêzes, possível já reconhecer o futuro criminoso. E' na primeira infância, ou na puberdade, que se revelam as primeiras tendências para as atitudes anti-sociais, que se concretizam e agravam, progressivamente, sob a influência geral do ambiente. Existem, na criança, os chamados "sinais de alarme" de tais predisposições e tendências ao crime, sinais que podem ser de natureza morfológica, funcional ou psíquica. Especialmente sôbre êstes últimos é que devem estar vigilantes todas as mães, sabido que as crianças perversas, rebeldes, violentas, impulsivas, indiferentes, desatentas, são principalmente as que precisam receber cuidados especiais, para não se tornarem, afinal, os elementos perigosos para a sociedade. E', pois, no seio da família avisada que se inicia a verdadeira campanha de prevenção do crime, com a maior eficiência, por meio destas noções de medicina social da criança."

Desde que foram estabelecidos os primeiros tribunais para menores, o problema da delinquência infantil foi se desenvolvendo gradativa e paralelamente aos conceitos biológicos e sociológicos, não se admitindo mais, nos dias que correm, métodos retrógrados e deshumanos no tratamento e na assistência dos jovens delinquentes.

A experiência e a observação nos levam hoje a concluir que a proporção de doenças e defeitos psíquicos entre os menores delinquentes é

muito maior entre êles do que entre os alunos normais da mesma comunidade. Entretanto, é preciso salientar que há cem anos passados ainda se enforcavam crianças por crime de roubo e que há apenas quarenta anos que se instalaram os primeiros tribunais para menores, calcados num espírito de maior tolerância e solidariedade humana, tendo em vista o estudo biológico da criança e os fatores capazes de atuar sôbre o seu desenvolvimento físico e mental.

De uma forma geral, são hoje os elementos que contribuem para desviar os menores da vida normal divididos em três grupos :

A) – *Causas patológicas :* — Deficiência ou perversão da mentalidade consequente a um processo mórbido sobrevindo durante o período de vida intra-uterina ou na primeira infância — heredo-sífilis, etc.

B) – *Causas sociais :* — Filhos espúrios, educação mal orientada, abandono, miséria, vagabundagem, etc.

C) – *Associação de elementos das duas categorias, sociais e mórbidos*, sobretudo : — Alcoolismo nos pais. Prostituição das mães. Alienação mental num dos progenitores, etc.

Resulta daí a necessidade de bem organizado serviço médico orientado por psiquiatra que disponha de um serviço social anexo, capaz de se encarregar das averiguações que se fizerem precisas no meio em que vivia o menor.

Ninguém mais ousa negar que a assistência a menores necessita da colaboração de médicos psiquiatras e de psicólogos.

Basta percorrer os relatórios apresentados aos congressos realizados neste último decênio, em que se discutiram teses relativas à assistência a menores para que se tenha uma idéia da importância do papel do psiquiatra na educação das crianças anormais ou pervertidas.

Na Alemanha, onde essas questões, sobretudo depois da guerra de 1914, passaram a ser cuidadas com grande carinho, há psiquiatras em todos os departamentos em que se cuida da assistência a menores. Não se pense que se trata de simples figura decorativa. Ao psiquiatra cumprem inúmeras funções e não pequena responsabilidade na orientação dos menores. Senão vejamos, por exemplo, quais as obrigações do psiquiatra do Departamento da Assistência aos Menores da Cidade de Hamburgo :

I) – Orientar e aconselhar o departamento da assistência aos menores em todos os assuntos e problemas concernentes à higiene psíquica, inclusive pedagógico-médica.

II) – Examinar e cuidar de todas as crianças assistidas pelo departamento, particularmente dos anormais e dos casos difíceis.

III) – Elaborar um plano enumerando os processos de tratamento e os métodos educativos mais aconselháveis a cada caso.

IV) – Escolher e indicar os institutos mais adequados a cada um.

V) – Proceder a constantes exames acompanhando e anotando os resultados e o aproveitamento dos métodos aconselhados.

VI) – Aconselhar a transferência dos menores ineducáveis e tarados dos institutos para crianças normais para asilos especiais.

VII) – Superintender o centro de observação, classificando os menores anormais em diferentes categorias, procedendo ao exame neuropsiquiátrico e psicológico.

VIII) – Instruir os funcionários e empregados que cuidam dos menores anormais, sôbre os capítulos mais importantes da psicopatologia infantil e juvenil da pedagogia e da psiquiatria.

IX) – Publicar os resultados obtidos em relatórios e trabalhos científicos e realizar conferências sôbre os métodos postos em prática e o seu valor.

8. Reformatórios. — Os reformatórios se destinam a reeducar as crianças fronteiriças, corrigindo-lhes os defeitos, os maus hábitos e as tendências nocivas devidas à influência de ordem social. Muito embora as crianças encaminhadas para os reformatórios não apresentem graves defeitos no seu desenvolvimento psíquico, não podem elas dispensar os cuidados médicos visando corrigir-lhes os transtornos neuropsicopáticos e endócrinos, afim de torná-las mais aptas a receber uma educação mental e uma instrução profissional consentânea com as suas condições psíquicas.

Nos Estados Unidos, o Dr. HEALY propôs a creação das chamadas clínicas psicológicas, nas quais se busca sobretudo estudar os múltiplos fatores que influem sôbre a vida mental da criança de forma a permitir a sua readaptação social conforme a natureza de cada caso.

9. Assistência aos menores anormais no Brasil. — No Brasil, a assistência aos menores anormais não mereceu, no século passado, a atenção dos nossos médicos, pedagogos e homens públicos. Só em 1900 é que o Dr. CARLOS EIRAS, em magnífica monografia apresentada ao 4.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, sob o título "Da educação e tratamento médico-pedagógico dos idiotas", focalizou o problema com clarividência, merecendo justos encômios dos seus pares. Graças a êsses estudos surgiu um movimento que redundou, em 1903, na creação do "Pavilhão Bourneville", confiado à direção do Dr. FERNANDES FIGUEIRA e orientado por JULIANO MOREIRA.

Em São Paulo, dedicados professores, entre os quais podemos destacar os nomes de OSCAR THOMPSON, MENDES VIANA, MIGUEL CARNEIRO e CLEMENTE QUAGLIO, abordaram o assunto, clamando pela creação de institutos especializados destinados à educação e ao ensino dos anormais.

Franco da Rocha, pioneiro dos serviços de assistência aos psicopatas em São Paulo, fez construir junto ao Hospital de Juquerí um pavilhão especial destinado aos menores apresentando desordens psíquicas, que, inaugurado em 1921, teve como primeiro médico o autor destas linhas.

A 29 de maio de 1929 foi inaugurada em Juquerí a Escola Pacheco e Silva, entregue à direção do Dr. Vicente Baptista. A referida Escola, com capacidade para 40 menores, dispõe de amplas e adequadas instalações e é dotada do material pedagógico especial necessário à alfabetização e à reeducação dos anormais.

Com a creação da Escola Pacheco e Silva, os menores encaminhados para o Hospital de Juquerí foram subdivididos em dois grandes grupos : o dos ineducáveis, constituido por idiotas, epiléticos já em estado demencial, pelos portadores de graves sequelas post-encefalíticas, e o dos educáveis, representado por débeis e anômalos capazes de serem alfabetizados.

O pavilhão-asilo ficou reservado para os menores ineducáveis e o pavilhão-escola para os educáveis.

A seção de menores anormais conta com o seguinte quadro de funcionários : um médico psiquiatra que orienta o ensino e dispensa os cuidados de que carecem os pequenos internados ; um professor, a quem compete a elaboração da ficha psico-pedagógica dos alunos e a distribuição dos mesmos em pequenas turmas, de acôrdo com o seu nível mental e com a capacidade de assimilação de novos conhecimentos ; duas auxiliares de ensino, encarregadas dos trabalhos manuais e de velar pelos menores não só durante os trabalhos escolares como também nos recreios.

De acôrdo com as idéias hoje dominantes, na Escola Pacheco e Silva, o ensino consiste sobretudo na realização de exercícios, na execução de jogos educativos, em trabalhos manuais de modelagem, cartonagem, ensartagem. Ao par disso, propiciam-se aos alunos lições de cousas, o que se faz de conformidade com o método natural durante excursões pelos campos.

Além disso, procura-se, pela ginástica de concentração para os distraídos, desenvolver a atenção, adotando-se o método Potoski.

O ensino da linguagem oral e escrita e da educação cívica é ministrado segundo os métodos adotados nas escolas normais, si bem que o seu desenvolvimento se faça mais lentamente, visando a reeducação dos sentidos, da vontade, da atenção, da destreza manual. Posteriormente, são os pequenos encaminhados para as oficinas, onde recebem uma instrução profissional tendo em vista um ofício que lhes permita mais tarde prover a sua própria subsistência.

A Escola preenche também os princípios preconizados por Alice Descouerdes, que procura dar aos alunos o máximo de liberdade com-

patível com a manutenção da disciplina, um cuidado especial na educação sensorial, na instrução e na capacidade de concentração, além de procurar desenvolver a atividade espontânea dos alunos, o que se consegue sobretudo pela individualização do ensino.

O material didático da Escola compreende grande número de aparelhos e jogos educativos representados pelos antigos sólidos froebelianos, de DECROLY, de Madame MONTESSORI, etc.

A observação dos menores recolhidos à Escola Pacheco e Silva consta da ficha biográfica, dos exames de entrada, somático, neurológico, mental, psico-pedagógico e testes variados.

Todos os menores são subordinados aos exames paraclínicos – sangue, fézes, urina, liquor. São também submetidos a exame radiográfico da cabeça e a exames especializados, de olhos, nariz, ouvido, garganta e odontológicos.

Os resultados de todos êsses exames são reunidos num prontuário, onde ficam também consignados o diagnóstico, o tratamento realizado e o decurso da moléstia.

TOXICOMANIAS. MEDIDAS PROFILÁTICAS. ASSISTÊNCIA AOS TOXICÔMANOS

1. Que se entende por toxicomanias? — 2. Principais toxicomanias. — 3. Medidas anti-alcoólicas. — 4. Anti-alcoolismo brasileiro. — 5. Asilo para bebedores. — 6. Combate às toxicomanias. Legislação brasileira.

1. Que se entende por toxicomanias? — A toxicomania pode ser definida como a tendência mórbida à absorção, tanto por ingestão como por inalação ou injeção, de substâncias tóxicas que estimulam transitoriamente o indivíduo mas que acarretam o hábito, impondo o aumento progressivo de doses para afastar os sinais ditos de abstinência.

De acôrdo com a lei brasileira, as toxicomanias, ou intoxicações habituais por substâncias entorpecentes, são hoje consideradas doenças de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

2. Principais toxicomanias. — Entre as principais toxicomanias figuram o alcoolismo, a opiomania, o morfinismo, a heroinomania, a eteromania, o cocainismo, o barbiturismo, o haschischismo, a diambomania, etc.

Certos indivíduos, dotados da chamada constituição toxicófila, depois de usarem as substâncias entorpecentes manifestam uma incoercível tendência a repetir o seu emprêgo, não podendo, ao fim de algum tempo, dispensá-las, tornando-se assim viciados.

As legislações de todos os países têm-se ocupado do problema das toxicomanias, adotando medidas de repressão jurídico-sociais.

3. Medidas anti-alcoólicas. — Na mais remota antiguidade, numerosas vozes se ergueram contra a intemperança, entre as quais figuram as de Santo Ambrósio, Santo Agostinho e São Cipriano. Luthero se insurgiu contra o abuso das bebidas alcoólicas, apontando os seus males. Carlos Magno baixou editais proibindo o abuso das bebidas fermentadas. No século XI, os árabes descobriram a distilação e desde aí a aguardente e outras bebidas espirituosas se difundiram por todo mundo, trazendo prejuízos incalculáveis. No século XIX, MAGNUS HUSS, médico suéco, deu o alarme, clamando contra as consequências

nefastas da intoxicação alcoólica, propondo o termo *alcoolismo* para designar todos os sintomas físicos e psíquicos consequentes ao uso e abuso do alcool. Desde então numerosas medidas, umas intervencionistas, outras anti-intervencionistas, foram propostas com o objetivo de coibirem a difusão dêsse vício.

A Suécia e a Noruega adotaram uma série de providências regulamentando a produção, o comércio e o consumo do alcool, permitindo a venda das bebidas alcoólicas a retalho sòmente a algumas sociedades concessionárias, que, além de não venderem bebidas nos domingos e dias de festa, só o faziam em quantidades restritas.

A Rússia procurou resolver o problema do alcoolismo tornando a fabricação do alcool do Estado, fixando o seu preço e impedindo a sua venda nas proximidades das grandes aglomerações — escolas, fábricas, casernas, etc.

Ainda nas vésperas da guerra de 1914 — conta-nos AFRÂNIO PEIXOTO — 21% das receitas totais do colossal Império vinham da venda do alcool.

Mas o maior movimento de que há memória no combate ao alcoolismo foi o empreendido pelos Estados Unidos da América do Norte, que a 17 de janeiro de 1920 aprovaram a lei Volstead, mais conhecida por "lei sêca", que proibia em todo o território americano o fabrico, a importação, a venda e o uso das bebidas alcoólicas. Formidável foi o esfôrço dos Estados Unidos, que dispenderam quantias fabulosas para pôrem em execução aquela lei : centenas de pequenos barcos percorriam as costas americanas em constante vigilância ; milhares de agentes, colocados em todas as fronteiras do país, exerciam a repressão ao contrabando das bebidas alcoólicas. Pesadas multas e penas de prisão foram impostas a todos aqueles que tentavam transgredir a lei. Mas os contraventores não desanimavam, já importando clandestinamente bebidas alcoólicas, já fabricando-as, sobretudo o chamado pelo povo "moonshine", em cujo preparo entravam caroços de cereja, miolo de pão, alcool de madeira, loção para cabelo, tinturas diversas. Êsse licor era extraordinariamente tóxico em virtude de fermentação deficiente, da ausência de distilação e por conter ainda numerosos elementos estranhos, aldeídos e paraldeídos, extremamente venenosos. Os efeitos dessas beberagens cheias de impurezas não se fizeram esperar e os casos de intoxicação por elas determinados foram muito mais danosos que os provocados pelas bebidas alcoólicas comuns. Pouco a pouco, os mais ardorosos defensores da lei sêca verificaram a impotência dos poderes públicos para executá-la, não só em virtude dos prejuízos para a saúde pública, como também pelas suas consequências sociais, pois que a lei viera estimular organizações criminosas constituídas pelos chamados "gansgters".

Depois de um esfôrço inaudito e de uma despesa incalculável, os americanos se viram na contingência de revogar a lei.

Êsse exemplo veiu demonstrar a impossibilidade da adoção de medidas intervencionistas radicais.

Hoje as medidas preconizadas na luta contra o alcoolismo se baseam sobretudo na propaganda e no ensino anti-alcoólico professado nas escolas primárias e nas associações de classe, na organização de ligas anti-alcoólicas, na taxação alta das bebidas espirituosas, na proteção do alcool motor e na adoção de medidas jurídico-sociais visando sobretudo o tratamento e a assistência aos bebedores.

4. ***Anti-alcoolismo brasileiro.*** — AFRÂNIO PEIXOTO, na justificação do projeto apresentado em 1930 à Câmara dos Deputados na qualidade de membro da comissão especial de combate ao alcoolismo, lembra as primeiras medidas propostas com o intuito de combater os efeitos nocivos do alcool.

MIGUEL CALMON, na 1.ª Conferência Açucareira da Baía, em 1902, apontou o exemplo das nações cultas e os benefícios para o erário público da taxação do alcool bebida e a proteção ao alcool desnaturado.

Mais tarde MIGUEL CALMON apresentava, na Câmara dos Deputados, um projeto de lei relativo à instrução pública, propondo a creação de um fundo proveniente da taxação alta do alcool de consumo, isentando de imposto o alcool desnaturado.

Em 1911, o deputado CORRÊA DE FREITAS submetia à mesma Câmara um projeto de lei autorizando o Executivo a dar combate, pelos meios mais adequados e dentro da esfera legal, ao uso do alcool em toda a União.

Em 1917, JUVENAL LAMARTINE alvitrava à Câmara elevar o imposto de consumo sôbre bebidas alcoólicas.

Em 1921 foi aprovada a lei n.º 4.294, de 6 de julho dêsse ano, que estabelecia penalidade para os contraventores da cocaína, ópio, morfina e seus derivados, creando um estabelecimento especial para a internação dos intoxicados pelo alcool ou substâncias venenosas e estabelecendo as formas do processo de julgamento, além de mandar abrir os créditos necessários.

A 3 de setembro de 1921 foi publicado o decreto n.º 14.969, aprovando o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatórios para os toxicômanos.

Em 1923, o deputado PLINIO MARQUES opina pela proibição da venda de bebidas alcoólicas, em todo o país, nos dias santificados e feriados.

AFRÂNIO PEIXOTO, em 1925, por ocasião da reforma constitucional, sugeria uma emenda proibindo o comércio e o consumo de bebidas alcoólicas, permitindo apenas o do alcool industrial.

Em 1928, o deputado MAURICIO DE MEDEIROS propunha elevar de 5 para 20% a taxa adicional sôbre bebidas alcoólicas.

Em 1929, o deputado SAMUEL HARDMANN apresentava um projeto de lei destinado a combater o alcoolismo, amparando a indústria açucareira pela proteção ao alcool motor.

Em 1930, o senhor ARAUJO LIMA propõe à Câmara medidas de combate ao alcoolismo e de proteção ao alcool industrial.

Em agôsto dêsse mesmo ano, o deputado PLINIO MARQUES propõe a nomeação de uma comissão especial destinada ao estudo dos meios idôneos para combaterem o alcoolismo. Como relator dessa comissão, o Prof. AFRÂNIO PEIXOTO redigiu um projeto, que não chegou a ser transformado em lei, mas que ficou para sempre a atestar o esfôrço dispendido pelos legisladores brasileiros no combate não só ao alcoolismo como às demais toxicomanias.

Reconhecendo a impossibilidade da execução de uma lei sêca, AFRÂNIO PEIXOTO sintetisa os postulados que ao seu ver deveriam ser adotados no combate ao alcoolismo do Brasil. Não nos furtamos ao desejo de transcrever essas sugestões, que resumem de uma forma cabal e perfeita, sábias medidas compatíveis com o nosso meio. Ei-las :

"I. Proibição progressiva do uso das bebidas alcoólicas :

a) pela diminuição progressiva da cota respectiva de alcool nas bebidas distiladas ;

b) pela retificação do alcool etílico desembaraçado de outros alcoóis mais nocivos, impurezas e essências perigosas, imposto o exame bromatológico ;

c) pelas dificuldades opostas à aquisição de bebidas alcoólicas, afastando os retalhistas à grande distância um dos outros, proibindo a venda em certos dias e horas e a certas pessoas, nomeadamente às crianças ;

d) criando uma "zona abstêmia" em tôrno das escolas, igrejas, hospitais, educandários, conventos, quartéis, fábricas, habitações coletivas de operários, na qual não se venda alcool e bebidas alcoólicas a varejo ;

e) punindo a incitação ao alcoolismo por parte dos vendedores que promoverem a embriaguez ;

f) punindo a embriaguez como contravenção e como circunstância agravante — e não atenuante, como até agora — como o faziam os antigos gregos, fazem-no agora os ingleses e, já entre nós, no fôro militar ;

g) finalmente, e principalmente, taxação progressiva dessas bebidas alcoólicas distiladas.

II. Derivação do hábito alcoólico das bebidas distiladas — de alto título — para o das bebidas fermentadas menos alcoólicas e, principalmente, para as bebidas higiênicas que não contêm alcool, bebidas sucedâneas estimulantes, refrigerantes, águas minerais :

a) pela taxação mais elevada e proporcional ao título alcoólico, taxação progressiva ;

b) pela proibição das bebidas artificiais, permitido o uso do vinho natural ou o da cerveja, aliás taxados, embora mais mòdicamente ;

c) pela isenção de impostos para bebidas sucedâneas sem alcool e sem produtos deletérios à saúde ;

d) pela proteção às águas minerais.

III. Propaganda anti-alcoólica e contra os estupefacientes em geral, desde a diamba e o timbó populares das praias do norte, até a cocaína e os opiáceos das cidades mais populosas em todo o Brasil.

IV. Compensação à indústria de açúcar e à lavoura de cana do alcool de bebida derivado para alcool motor, com o prêmio concedido a êste.

V. Subvenções à instrução e à assistência, em todo o país".

Em 1933, os constituintes paulistas apresentaram a emenda 781, por nós redigida, que incumbia à União, aos Estados e aos Municípios, entre outras medidas :

"*h*) cuidar da higiene mental, incentivando a luta contra os venenos sociais."

Coube-nos justificar essa emenda, o que fizemos oralmente, concluindo :

"Convém, outrossim, que fique na Carta Constitucional a expressão do sentimento coletivo que anima os brasileiros da atual geração, dando aos poderes públicos a incumbência de zelar pela higiene mental e combater os vícios sociais, sobretudo o alcoolismo".

5. *Asilo para bebedores.* — Em grande número de países, onde o combate às toxicomanias vem sendo realizado com intensidade, foram creados asilos para bebedores.

Na Suíça, onde tais asilos são numerosos, exige-se um regime de abstinência total, inclusive para o pessoal de enfermagem. Com o objetivo de se dar combate à preguiça e à indolência, todo internado é obrigado a trabalhar de preferência em serviços agrícolas.

Nos momentos de folga os internados se entregam à leitura, jogos e exercícios ao ar livre.

Para ser admitido nesses asilos, todo alcoólatra é obrigado a apresentar um certificado médico declarando ser o seu caso curável. O internado é compelido, ao dar entrada nesses estabelecimentos, a assinar um documento dizendo internar-se de espontânea vontade e que se submeterá às medidas regulamentares que lhe forem exigidas. Embora assuma o compromisso de permanecer um tempo determinado, si porventura o a coolista exigir a sua saída antes do prazo, esta lhe é imediatamente concedida, pois a liberdade alí é completa.

Nesses asilos se procura empreender a cura moral do intoxicado, razão por que se busca conhecer a psicologia de cada um antes de submetê-lo ao tratamento mais indicado. O tempo de permanência nesses hospitais varia entre seis meses e um ano. Os doentes são submetidos a severa vigilância e a uma disciplina rigorosa.

Depois de completar o tratamento, embora desintoxicado, dado o fáto de ser grandemente sugestionável, o alcoólatra deverá continuar sujeito, fora do asilo, a certa fiscalização, afim de se o proteger do meio nocivo, sobretudo da convivência com antigos companheiros. Tal missão compete a patronatos especiais.

Nos Estados Unidos foram creados, recentemente, estabelecimentos especializados destinados aos toxicômanos, sobretudo alcoolistas. O primeiro dentre êles foi inaugurado em maio de 1935 em Lexington, Estado de Kentucky. Outro estabelecimento, com idênticas finalidades, foi inaugurado em Fort Worth, no Texas, sendo neste o regime mais liberal.

Tais organizações são dedicadas à reclusão e tratamento dos narcomanos e têm por fim favorecer o cumprimento da lei, proteger a população, resolver certos problemas penais e corretivos, além de facilitar o combate ao tráfico dos entorpecentes.

6. Combate às toxicomanias. Legislação brasileira. — Entre nós, vários estudos têm sido realizados, entre os quais se destacam os de Pedro Pernambuco, Adauto Botelho, Orlando Vairo, Plinio Martins Rodrigues, Pedro Monteleone, Cunha Lopes, focalizando o problema das toxicomanias no meio brasileiro.

Cunha Lopes, em exaustiva monografia, encara os diversos aspectos do problema, desenvolvendo sobretudo questões atinentes a certas toxicomanias peculiares às populações do interior do país.

A nova legislação brasileira obriga uma fiscalização rigorosa da venda dos tóxicos, pune severamente os traficantes e contraventores, forçando os toxicômanos a se submeterem a tratamento.

Decreto-Lei N.º 891 — de 25 de novembro de 1938

Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes

Capítulo III

DA INTERNAÇÃO E DA INTERDIÇÃO CIVIL

Art. 27 — A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28 — Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Art. 29 — Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§ 1.º — A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provocada a necessidade de tratamento adequado ao enfêrmo, ou fôr conveniente à órdem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do MINISTERIO PUBLICO, só se tornando efetiva após decisão judicial.

§ 2.º — A internação obrigatória por determinação do Juiz se dará ainda nos seguintes casos:

a) condenação por embriaguez habitual;

b) impronúncia ou absolvição, em virtude de dirimente do art. 27 § 4.º da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos artigos 1.º e 29 desta Lei.

§ 3.º — A internação facultativa se dará quando provada a conveniência do tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até 1.º grau colateral inclusive.

§ 4.º — Nos casos urgentes poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação fundamentada no laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do parágrafo 1.º dêste artigo, dentro do prazo máximo de 5 dias contados a partir da internação.

§ 5.º — A internação prévia poderá também ser ordenada pelo juiz competente, quando os peritos, por êle nomeados, a considerarem necessária à observação médico-legal.

§ 6.º. — A internação se fará em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar submetido à fiscalização oficial.

§ 7.º — O diretor de estabelecimento, que receba toxicômanos para tratamento, é obrigado a comunicar às autoridades sanitárias competentes, no prazo máximo de cinco dias, a internação do doente e a quantidade de droga inicialmente ministrada,

informando quinzenalmente qual a diminuição feita na toxi-privação progressiva, bem como qualquer outra ocorrência que julgar conveniente participar.

§ 8.º — Em qualquer caso de internação de toxicômanos, em estabelecimento público ou particular, a autoridade sanitária comunicará o fáto à autoridade policial competente e bem assim ao representante do Ministério Público.

§ 9.º — O toxicômano ficará submetido ao regulamento do estabelecimento em que fôr internado, e do qual não poderá sair sem que o médico encarregado da tratamento ateste a sua cura. Caso o toxicômano ou pessoa interessada reclame o sua retirada antes de completada a toxi-privação, o diretor do estabelecimento particular comunicará essa ocorrência às autoridades sanitárias competentes, que imediatamente providenciarão para a transferência do doente para outro estabelecimento. Essa transferência se fará mediante guia, em que serão consignadas todas as informações relativas ao tratamento e à permanência do enfêrmo no estabelecimento de onde se retirou.

§ 10.º — A autoridade sanitária competente deverá ser sempre cientificada da concessão de alta ao toxicômano e por sua vez comunicará o fáto, reservadamente, à autoridade policial competente, para efeito de vigilância.

§ 11.º — A autoridade sanitária competente poderá, a qualquer momento, solicitar do diretor do estabelecimento público ou particular as informações que julgar necessárias e tomar medidas que considerar úteis à fiscalização e tratamento do internado.

§ 12.º — Todo o estabelecimento público ou particular terá um livro de registro especial para toxicômanos, em que serão consignados os informes relativos à história clínica e ao tratamento.

§ 13.º — O toxicômano, que se julgar curado e não houver obtido alta, poderá, por si ou por intermédio de terceira pessoa, reclamar da autoridade judiciária competente a realização do exame médico, por profissionais especializados.

§ 14.º — O estabelecimento particular que não cumprir as determinações estatuidas nesta lei para internação e tratamento de toxicômanos será passível de multa de um conto de réis a cinco contos.

§ 15.º — Serão passíveis das penalidades previstas no artigo 3.º desta lei os estabelecimentos particulares que, não sendo sujeitos à *fiscalização oficial,* receberem toxicômanos para tratamento.

Art. 30.º — A simples internação para tratamento, bem como interdição plena ou limitada, serão decretadas por decisão judicial pelo tempo que os peritos julgarem conveniente segundo o estado mental do internado.

§ 1.º — Será decretada em procedimento judicial e secreta a simples internação para tratamento, se o exame pericial não demonstrar necessidade de limitação de capacidade civil do internado.

§ 2.º — Decretada a simples internação para tratamento, o juiz nomeará pessoa idônea para acautelar os interêsses do internado. A essa pessoa, cuja indicação é facultada ao internado, ficam apenas conferidos os poderes de administração, salvo a outorga de poderes expressos nos casos e na forma do artigo 1.295 do Código Civil, quando o juiz a autorize de acôrdo com o laudo médico.

§ 3.º — A alta do internado só poderá ser autorizada pelo juiz que houver decretado a internação e mediante novo exame pericial, que a justifique.

§ 4.º — A internação limitada importa na equiparação do interdito aos relativamente incapazes, assim como a interdição plena o equipara aos absolutamente incapazes, respectivamente na forma dos artigos 6.º e 5.º do Código Civil.

Art. 31.º — A interdição limitada não acarretará a perda de cargo público, mas obrigatòriamente o licenciamento temporário, para tratamento de saúde, de acôrdo com as leis em vigor.

Art. 32.º — O processo de internação é sumário e da competência do Juízo de Órfãos, que nomeará, para êsse fim, um perito, de preferência especializado em psiquiatria, cabendo a nomeação de outro perito ao representante do Ministério Público.

§ 1.º — No processo funcionará um curador a lide, sempre que o internado ou interditado, seus representantes legais, cônjuge ou parente até o quarto grau inclusive, não hajam constituido advogado para defendê-lo.

§ 2.º — No caso de divergência de laudo, será permitido ao advogado do internado ou ao curador a lide indicar terceiro perito, também especializado, que falará nos autos, no prazo de cinco dias, a contar da data de sua citação.

§ 3.º — Em todos os têrmos do processo será ouvido o representante do Ministério Público, sob pena de nulidade.

ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS CRIMINOSOS E AOS CRIMINOSOS ALIENADOS. MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS E ANEXOS PSIQUIÁTRICOS

1. Histórico. – 2. Os Manicômios Judiciários brasileiros. – 3. Localização dos Manicômios Judiciários. – 4. Finalidade dos Manicômios Judiciários. – 5. Dados estatísticos recolhidos no Manicômio Judiciário de São Paulo. – 6. Anexos psiquiátricos.

1. Histórico. — Eram antigamente os psicopatas criminosos sequestrados juntamente com os demais alienados ou com os criminosos comuns encerrados nas chamadas torres dos bobos, onde se lia "Puniendis fascinoris, custodiendis furiosis et mente captis publico semper dicata domus."

Posteriormente, com a evolução da psiquiatria e com o reconhecimento da imputabilidade criminal dos que praticavam átos delituosos em estado de alienação mental, passaram êstes a ser postos em liberdade.

A primeira lei estabelecendo medidas legais e creando estabelecimentos especiais para os psicopatas criminosos foi promulgada na Inglaterra, em 1800. Foi a "Bill Lord Erskine" e teve a sua origem nos numerosos atentados praticados por alienados. Em 1786, uma alienada, Margarethe Nicolson, praticou um atentado contra o rei Jorge V. Três anos depois, Hadfield agia como mandatário do alienado Truclo K, tentando novamente eliminar o rei. Ambos os autores dêsses atentados foram absolvidos, mas a opinião pública da Inglaterra se revoltou contra a liberdade dos alienados perigosos, daí se originando a iniciativa de Lord Erskine, que fundamentou a lei, promulgada pelo Rei a 28 de julho de 1800. Esta rezava — "Toda vez que uma pessoa fôr acusada de áto de traição, assassinato e ficar provado tratar-se de um alienado e si o criminoso fôr absolvido, o juiz determinará a sua reclusão em um instituto fechado, sob cuidadosa vigilância, pelo prazo que o Rei entender necessário — till Her Magesty's pleasure shall be known. Idênticas providências deverão ser tomadas quando as pessoas acusadas, no decorrer da instauração do processo, apresentarem desordens mentais".

Só muito mais tarde, em 1850, foi inaugurado nos Estados Unidos o Manicômio Judiciário de Auburn, no Estado de Nova York, seguindo-

se a instalação de estabelecimentos congêneres em Dannemora, Michigan e Jolliet.

Em 1863, a Inglaterra promovia a instalação do Manicômio de Broadmoor e logo depois fundava o de Krowthorne (Berks).

A Alemanha, reconhecendo também a necessidade da instalação de organizações similares, creou os Manicômios Judiciários de Braumweiler, Neustadt, Graddeutz e de Waldheim (Saxe).

A França reuniu em Gaillon todos os alienados criminosos nos diversos estabelecimentos do país.

Em 1891, a Itália instalou três Manicômios Judiciários em Reggio Emilia, Aversa e Montelupo.

Na América do Sul, a Argentina foi a primeira nação a cuidar do assunto. Sob a inspiração de INGENIEROS, foi creado o Pavilhão Luciano Melendez, no Hospício de las Mercedes.

2. *Os Manicômios Judiciários brasileiros.* — No Brasil, só em 1921, graças aos esforços do inolvidável Prof. JULIANO MOREIRA, foi inaugurado o Manicômio Judiciário do Distrito Federal, confiado desde logo à sábia orientação do Prof. HEITOR CARRILHO, que já se vinha dedicando aos problemas de assistência aos alienados criminosos, dirigindo a Seção Lombroso do Hospital Nacional de Alienados.

Mais tarde, o Estado de Minas Gerais creava na cidade de Barbacena um instituto com idênticos objetivos, seguindo-se o Estado do Rio Grande do Sul, que possue também um estabelecimento destinado aos alienados criminosos.

No Estado de São Paulo, FRANCO DA ROCHA, desde 1895, data em que assumiu a direção dos serviços de assistência a psicopatas, imprimindo-lhes orientação científica, fez desde logo ver ao Govêrno do Estado os grandes inconvenientes de se manterem, em promiscuidade, alienados criminosos e não criminosos. Não lhe foi possível, a despeito dos seus grandes esforços, ver realizada a sua maior aspiração, de ver o Estado de São Paulo dotado de um Manicômio Judiciário.

Ao substituirmos o Prof. FRANCO DA ROCHA, em 1923, coube-nos atuar junto aos poderes competentes, fazendo ver a urgência da instalação de um estabelecimento à altura do Estado de São Paulo. Atendendo ao nosso apêlo, confiou-nos o Govêrno, em 1926, a incumbência de estudar nos Estados Unidos e na Europa as mais importantes organizações existentes no gênero, reunindo planos e sugestões para solver tão magno problema. Em 1927 o Prof. ALCÂNTARA MACHADO apresentava ao Senado do Estado de São Paulo o projeto n.º 3, que creava anexo ao Hospital de Alienados de Juquerí, o Manicômio Judiciário do Estado.

Em 1933, no Govêrno do Dr. Armando de Salles Oliveira, foi finalmente inaugurado o novo estabelecimento, construído de acôrdo com as sugestões que apresentámos.

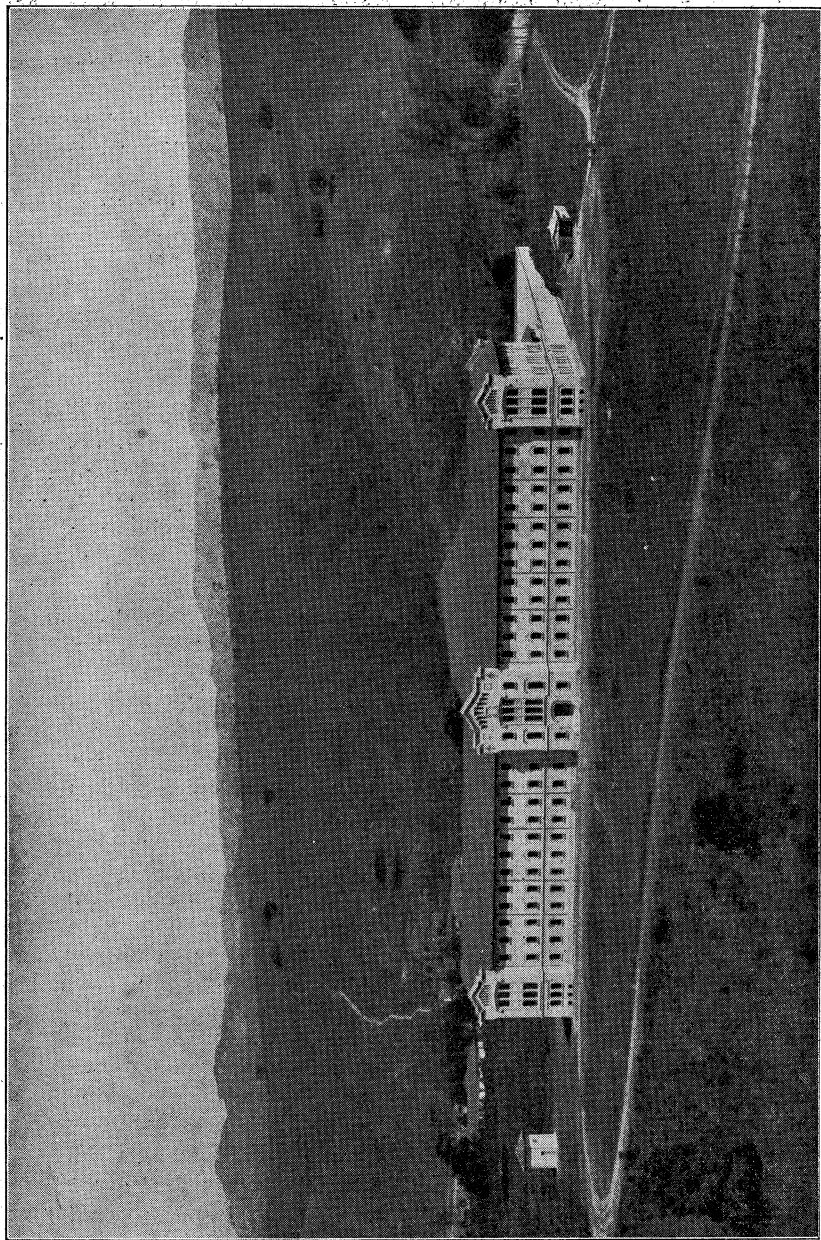



Fig. 63 — Vista geral do Manicômio Judiciário de São Paulo

3. Localização dos Manicômios Judiciários. — O local para a instalação de um Manicômio Judiciário depende de uma série de circunstâncias. Três hipóteses, entretanto, são sugeridas pelos especialistas no assunto:

a) Construí-lo anexo a uma Penitenciária.
b) Erguê-lo junto a um grande hospital psicopático.
c) Instalar um estabelecimento autônomo.

No caso de São Paulo, por exemplo, prevaleceu a hipótese de se construir um estabelecimento isolado, inteiramente autônomo, tendo se escolhido, entretanto, a proximidade do Hospital de Juquerí, onde o Govêrno possue grande área de terreno, e afim de se aproveitarem elementos daquele Hospital — laboratórios, biblioteca, clínicas especializadas — cirúrgica, oftalmológica, otorrinolaringológica, seções de radiologia, fisioterapia, linhas telefônicas, energia elétrica, abastecimento de água, etc. (Para maiores detalhes relativos à construção, instalação, organização e funcionamento dêste estabelecimento, consulte-se a monografia do autor — O Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo).

4. Finalidades dos Manicômios Judiciários. — Em tempos passados a sociedade entendia que o seu papel consistia unicamente em segregar os indivíduos perigosos à comunidade, não cuidando de lhes assegurar assistência adequada. Por isso, eram os criminosos alienados recolhidos aos presídios e hospícios, sem merecer estudo especializado. Com a evolução da biologia, com os progressos da psiquiatria, com a nova feição tomada pelas ciências penais, o conceito da responsabilidade ou da irresponsabilidade dos criminosos inimputáveis foi substituído pelo critério da temibilidade. Se a pena é uma deshumanidade quando recai sôbre um indivíduo que agiu sem discernimento, por sua vez a benevolência da sociedade não pode ir ao ponto de lhes conceder inteira liberdade, deixando a vida de seus semelhantes à mercê das suas reações mórbidas.

Nisso está a principal finalidade dos Manicômios Judiciários, que entre nós se destinam: 1) à observação e estudo dos réus suspeitos de alienação mental; 2) à reclusão protetora dos criminosos absolvidos pela dirimente da alienação mental (artigo 29 do Código Penal); 3) aos sentenciados que no decurso do cumprimento da pena manifestam distúrbios mentais.

O Manicômio Judiciário é ainda um centro de estudos e investigações, que indaga das causas sociais e mórbidas que geram a criminalidade dos psicopatas.

5. Dados estatísticos recolhidos no Manicômio Judiciário de São Paulo. — Em trabalho elaborado juntamente com o Dr.

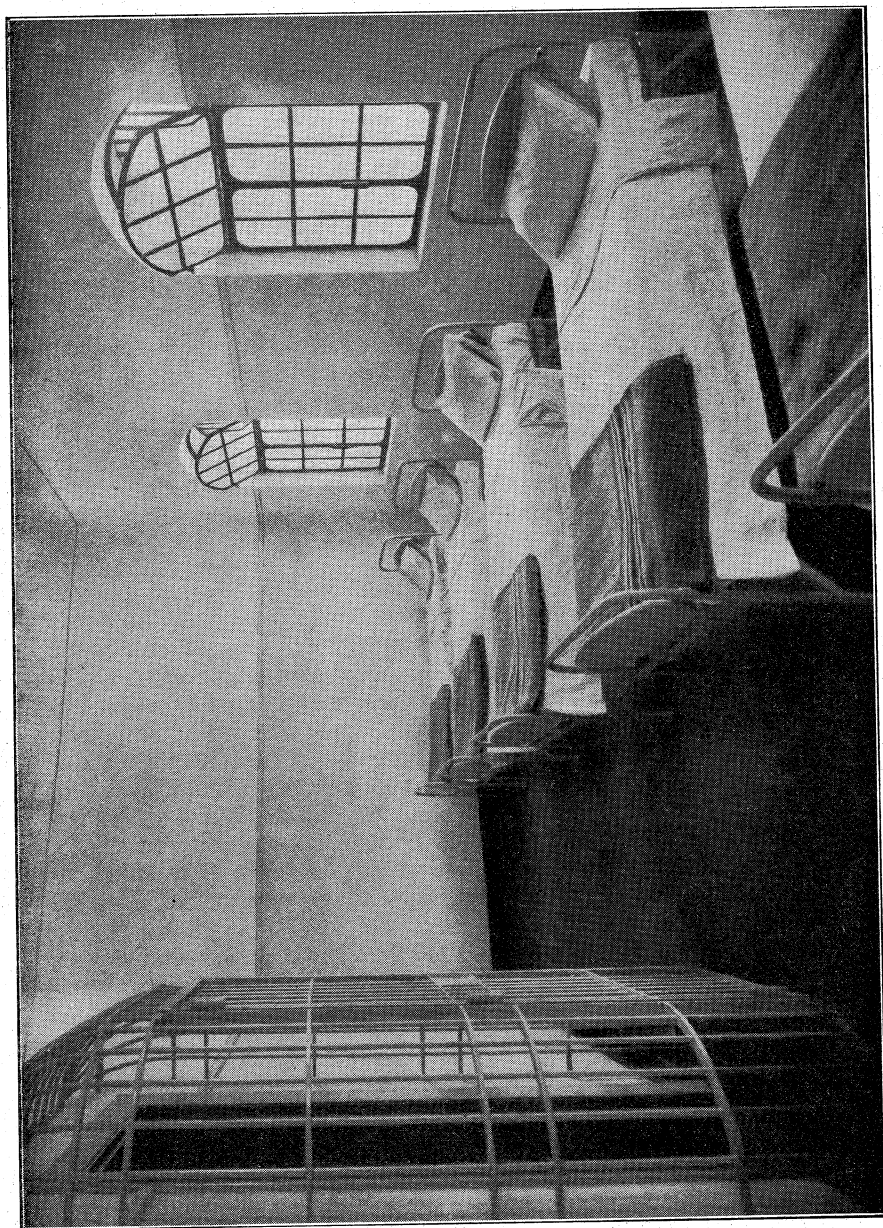



Fig. 64 — Dormitório do Manicômio Judiciário de São Paulo. A porta gradeada, disposta em semi-círculo, permite ao guarda, sem se expôr, observar todo o interior da enfermaria

André Teixeira Lima, Vice-Diretor do Manicômio Judiciário de São Paulo, escrevemos: "Após três anos de regular funcionamento, terminada a completa instalação daquele Manicômio sem que nenhum advento novo viesse a indicar modificações na sua estrutura, julgamos interessante reunir dados estatísticos, acompanhados de comentários sugeridos pelo confronto dos elementos colhidos no lapso de tempo transcorrido.

No referido estabelecimento dão ingresso os detentos que apresentam perturbações mentais, antes ou depois da condenação, bem como os psicopatas a que se refere a última parte do artigo 29 do Código Penal Brasileiro, isto é, os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental, mas cujo estado psíquico exige reclusão em estabelecimento adequado, para a segurança do público.

O movimento de entradas e saídas, durante os anos de 1934, 1935 e 1936, foi o seguinte:

	1934		1935		1936	
	H	M	H	M	H	M
Existentes em 1.º de janeiro	150	10	219	9	273	11
Entrados	91	0	90	2	98	8
Soma	241	10	309	11	371	19
Egressos e óbitos	22	1	36	0	71	2
Existentes em 31 de dezembro	219	9	273	11	300	17

Vê-se, assim, o aumento crescente do número de entradas, o que não significa um aumento da criminalidade, mas sim o desenvolvimento crescente da população do Estado de São Paulo. Há a se assinalar, é verdade, o aumento do número de mulheres alienadas criminosas, cuja parcela quasi duplicou no curto prazo de dois anos.

No que concerne à categoria dos que deram entrada no Manicômio Judiciário, o quadro que se segue nos elucida a respeito:

Categoria	1934	1935	1936	Total
Réus (para exame de sanidade)	33	39	43	115
Réus (para tratamento)	2	4	1	7
Sentenciados	42	29	47	118
Artigo 29	14	19	14	47
Interditandos	0	0	1	1
Soma	91	91	106	288

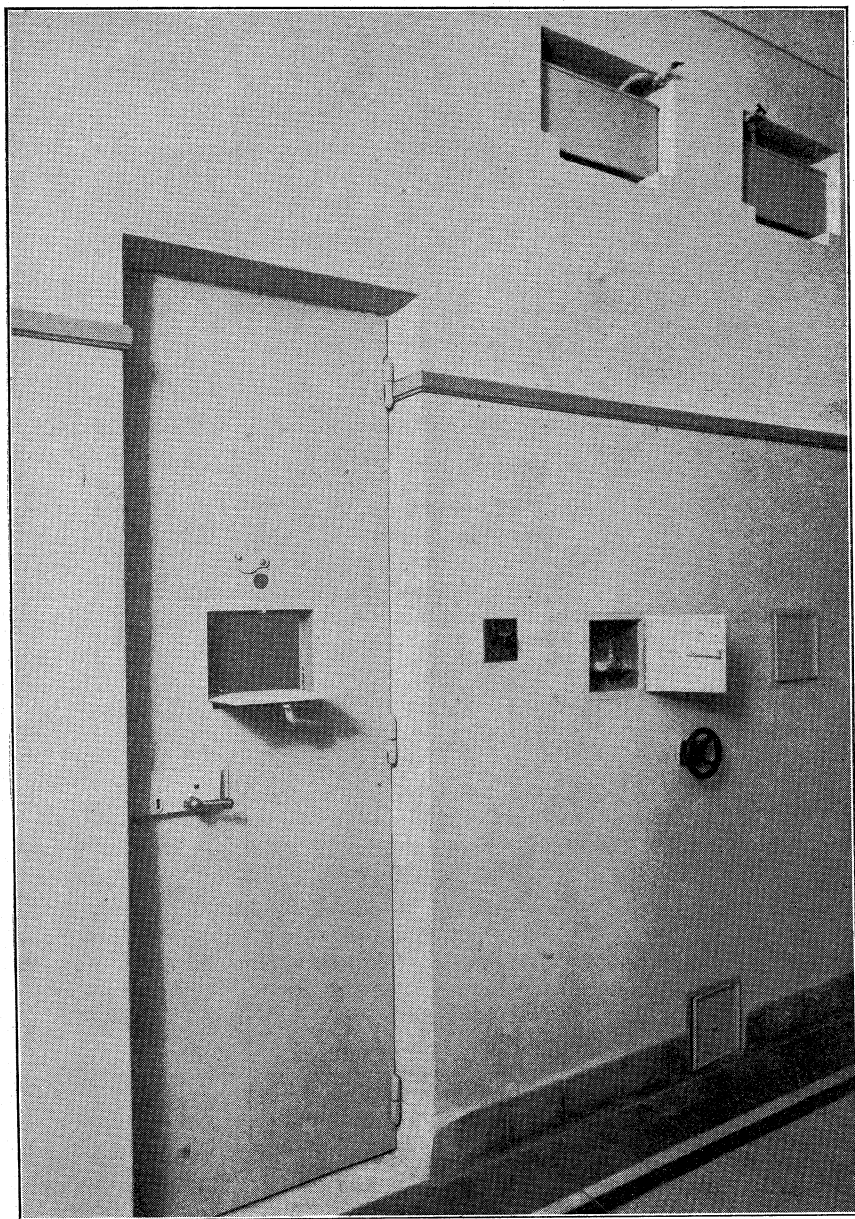



Fig. 65 — Porta de entrada de uma cela do Manicômio Judiciário de São Paulo

O número de exames de sanidade praticados subiu em curva ascensional.

Os sentenciados transferidos para o Manicômio foram em número bem menor no segundo ano, para depois subir no terceiro, sem que encontrássemos explicação para êsse fáto.

Idêntico fenômeno se verificou no que respeita aos condenados ao artigo 29.

Segundo a natureza do delito, os 288 entrados no Manicômio, no referido prazo, se distribuiram da seguinte forma :

Natureza do delito	1934	1935	1936	Total
Homicídios	69	62	74	205
Ferimentos graves	3	3	3	9
Ferimentos leves	4	4	4	12
Roubos	5	4	3	12
Furtos	4	5	6	15
Estelionatos	0	0	2	2
Peculatos	1	0	0	1
Latrocínios	0	2	2	4
Estupros	2	3	5	10
Atentados ao pudor	0	6	3	9
Defloramentos	0	0	1	1
Incêndios	0	1	0	1
Abusos de autoridade	0	0	1	1
Crimes políticos	0	0	1	1
Interditandos	0	0	1	1
Não classificados	3	1	0	4
Soma	91	91	106	288

E' impressionante o número de homicídios, fáto que comprova, de forma concludente, a extrema periculosidade dos doentes mentais manifestando tendência para os átos delituosos.

O quadro anexo demonstra qual a distribuição nosográfica verificada nos 288 internados no Manicômio Judiciário de São Paulo.

Afigurou-se-nos de interêsse elaborar um quadro, no qual figurassem a natureza da moléstia e os delitos praticados.

Desperta êste quadro, desde logo, a atenção para o elevado número de homicídios praticados pelos esquizofrênicos, pelos perversos, pelos parafrênicos e pelos epiléticos.

A apreciação dêsses dados estatísticos nos permitiu tirar as seguintes conclusões :

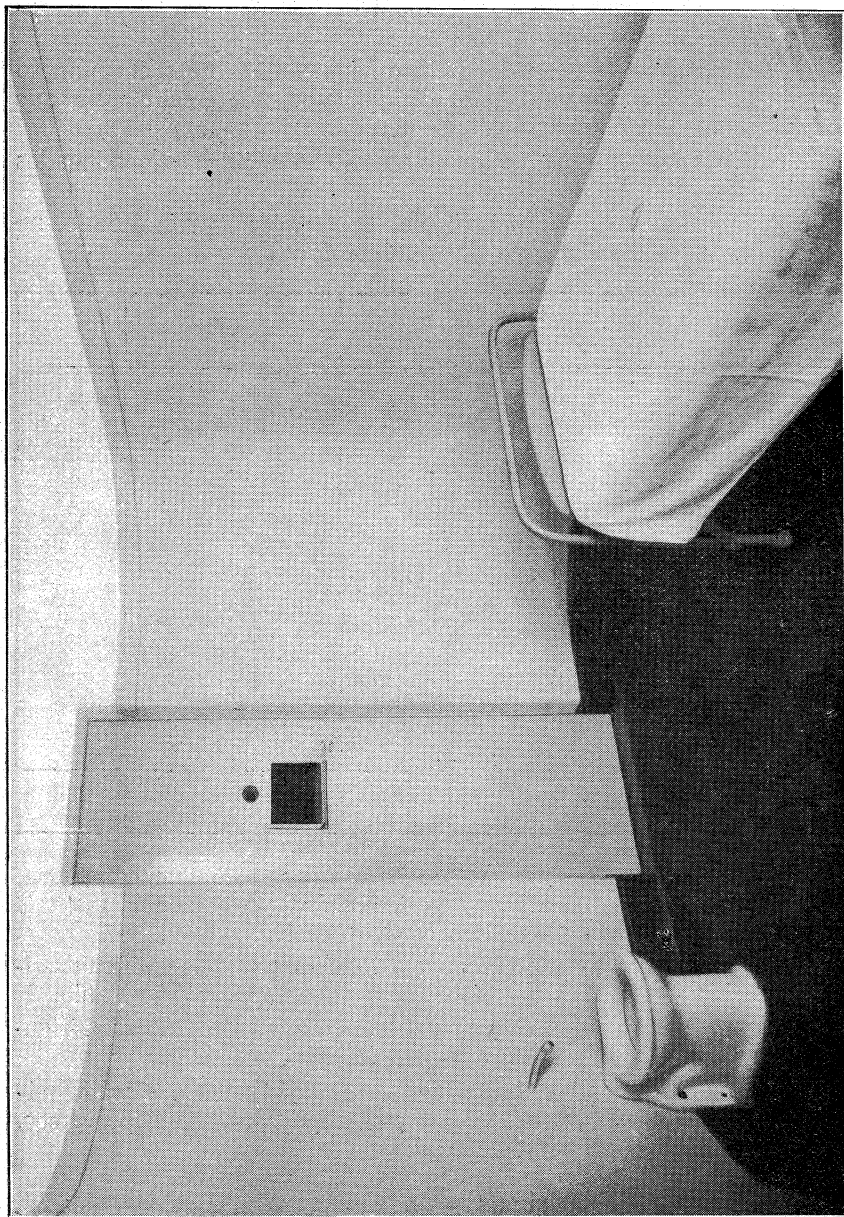



Fig. 66 — Interior de uma cela do **Manicômio** Judiciário de São Paulo. (A notar os cantos arredondados, para evitar que sirvam de esconderijo aos internados)

NOSOGRAFIA	1934	1935	1936	TOTAL
Psicoses toxi-infecciosas	0	3	3	6
Psicoses hétero-tóxicas	0	3	1	4
Esquizofrenia	32	15	9	56
Parafrenia	13	10	8	31
Paranoia	5	2	5	12
Psicose maníaco-depressiva	0	2	2	4
Psicoses de involução	3	0	5	8
Psicoses por lesão cerebral	1	4	2	7
Paralisia geral	1	1	2	4
Epilepsia	4	10	14	28
Personalidades psicopáticas	18	18	28	64
Oligofrenia	3	7	3	13
Período biológico da neuro-lues	3	1	0	4
Sem diagnóstico	0	0	1	1
Formas atípicas	3	2	2	7
Exames negativos	5	13	21	39
Soma	91	91	106	288

1.ª) Os psicopatas com tendência para os átos delituosos são extremamente perigosos e agem com instantaneidade, como comprova o elevado número de homicídios por êles praticados, comparado com o número relativamente baixo de ferimentos graves ou leves.

2.ª) Dentre os mais temíveis se destacam os esquizofrênicos, vindo a seguir, pela ordem, as personalidades psicopáticas, os parafrênicos e os epiléticos.

3.ª) A maior parte dos crimes praticados pelos psicopatas o foram na fase inicial da moléstia, que só no decurso do cumprimento da pena veiu a se caracterizar, o que explica o elevado número de sentenciados entre os reclusos no Manicômio Judiciário, donde a necessidade da internação precoce dos alienados, como medida de prevenção da criminalidade.

4.ª) Há vantagem em se submeterem, sistematicamente, todos os criminosos a um rigoroso exame de sanidade antes do julgamento, para não se fazer recair pena sôbre indivíduos sem imputabilidade e que vão mais tarde perturbar o regime das Penitenciárias.

6. Anexos psiquiátricos. — Segundo as idéias de L. VERVAECK, organizador dos anexos psiquiátricos da Bélgica, que têm servido de modêlo às organizações similares, o anexo constitue, junto às penitenciárias, uma divisão da observação psiquiátrica. Para tanto deverá

NATUREZA DA MOLÉSTIA	Homicídio	Ferim. leves	Ferim. graves	Roubo	Furto	Estelionato	Peculato	Latrocínio	Estupro	At. ao pudor	Defloramento	Incêndio	Abuso autor.	Crime polít.	Interdição	Não classif.
	NATUREZA DO DELITO															
Psicoses toxi-infecciosas	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Psicoses hétero-tóxicas	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Esquizofrenia	40	6	3	1	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2
Parafrenia	23	1	—	2	1	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—
Paranoia	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Psicose maníaco-depressiva	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Psicoses de involução	4	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—
Psicoses por lesão cerebral	4	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paralisia geral	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Epilepsia	21	2	2	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Personalidades psicopáticas	43	1	3	5	4	—	—	1	4	2	—	—	—	—	—	1
Oligofrenia	11	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

dispor de todos os requisitos de um moderno asilo, com os recursos indispensáveis à vigilância e tratamento requeridos, por um serviço destinado ao tratamento de neuropatas e psicopatas

Os doentes serão assistidos em pequenas enfermarias de 8 a 10 leitos, fiscalizados dia e noite por um pessoal especializado, tendo antes recebido boa instrução adequada.

De acôrdo com os votos do Congresso Internacional Penitenciário, realizado em Londres em 1925, todo réu deverá ser, sistematicamente, antes de comparecer perante a justiça, examinado por um médico alienista. Os anexos psiquiátricos se prestam perfeitamente à realização dêsse objetivo, conforme demonstrou VERVAECK, na Bélgica.

INTERDIÇÃO DOS ALIENADOS. LOUCOS DE TODO O GÊNERO. CURATELA. CESSAÇÃO DA INCAPACIDADE

1. Interdição. — 2. Curatela. — 3. Loucos de todo o gênero. — 4. Processo de interdição.

1. Interdição. — Diz o artigo 9, Capítulo I, do Código Civil Brasileiro: "Aos vinte e um anos completos acaba a menoridade, ficando habilitado o indivíduo para todos os átos da vida civil."

Há casos, porém, em que a lei não pode ser aplicada, impondo-se medidas com o objetivo de proteger legalmente aquele que, em virtude de circunstâncias especiais, não pode ficar sujeito ao direito comum.

Foi reconhecendo essa situação que o legislador brasileiro introduziu no nosso Código, a exemplo do que se faz em todos os países civilizados do mundo, medidas de exceção. Tal é o caso do alienado que não pode dirigir a sua pessoa, administrar os seus bens e muito menos ajuizar do valor moral dos seus átos. A lei determina então uma série de providências: priva o indivíduo da administração dos seus haveres e, ainda, confia a um terceiro a obrigação de zelar por êle, prestando-lhe a necessária assistência, tolhendo mesmo a sua liberdade si o seu estado assim o exigir, submetendo-o a tratamento em estabelecimento adequado. A êsse processo dá-se o nome de interdição. O indivíduo a quem se priva do exercício dos seus direitos torna-se um interdito. A pessoa designada para dêle zelar e cuidar dos seus interêsses enquanto durar a interdição é o seu curador.

2. Curatela. — O nosso Código estabelece:

Art. 446 — Estão sujeitos à curatela:

I) Os loucos de todo o gênero (arts. 448, n.º 1, 450 e 457);

II) Os surdos-mudos, sem educação que os habilite a enunciar precisamente a sua vontade (arts. 451 e 456);

III) Os pródigos (arts. 459 e 461).

Art. 447 — A interdição deve ser promovida:

I) Pelo pai, mãe ou tutor;

II) Pelo cônjuge ou algum parente próximo;

III) Pelo Ministério Público.

Art. 448 — O Ministério Público só promoverá a interdição:

I) No caso de loucura furiosa;

II) Se não existir, ou não promover a interdição alguma das pessoas designadas no artigo antecedente ns. I e II;

III) Se, existindo, forem menores ou incapazes.

Art. 449 — Nos casos em que a interdição fôr promovida pelo Ministério Público, o juiz nomeará defensor ao suposto incapaz. Nos demais casos, o Ministério Público será o defensor.

Art. 450 — Antes de se pronunciar acêrca da interdição, examinará pessoalmente o juiz o arguido de incapacidade, ouvindo profissionais.

Art. 451 — Pronunciada a interdição do surdo-mudo, o juiz assinará, segundo o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela.

Art. 452 — A sentença que declara a interdição produz efeitos desde logo, embora sujeita a recurso.

Art. 453 — Decretada a interdição, fica o interdito sujeito à curatela, à qual se aplica o disposto no capítulo antecedente, com a restrição do art. 451 e as modificações dos artigos seguintes.

Art. 454 — O cônjuge, não separado judicialmente, é, de direito, curador do outro, quando interdito (art. 455).

§ 1.º — Na falta do cônjuge, é curador legítimo o pai; na falta dêste, a mãe, na desta, o descendente maior.

§ 2.º — Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos, e, dentre os do mesmo grau, os varões às mulheres.

§ 3.º — Na falta das pessoas mencionadas, compete ao juiz a escolha do curador.

Art. 455 — Quando o curador for o cônjuge, não será obrigado a apresentar os balanços anuais, nem a fazer inventário, se o regime do casamento fôr o da comunhão, ou se os bens do incapaz se acharem descritos, nem a fazer inventários e o regime do casamento fôr o da comunhão, ou se os bens do incapaz se acharem descritos em instrumento público, qualquer que seja o regime do casamento.

§ 1.º — Se o curador fôr o marido, observar-se-á o disposto nos arts. 233 a 239.

§ 2.º — Se fôr a mulher a curadora, observar-se-á o disposto no art. 251, parágrafo único.

§ 3.º — Se fôr o pai, ou mãe, não terá aplicação o disposto no art. 435.

Art. 456 — Havendo meio de educar o surdo-mudo, o curador promover-lhe-á o ingresso em estabelecimento apropriado.

Art. 457 — Os loucos, sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado.

Art. 458 — A autoridade do curador estende-se à pessoa e bens dos filhos do curatelado, nascidos ou nascituros (art. 462, parágrafo único).

3. *Loucos de todo o gênero.* — O art. 446 refere-se a *loucos de todo o gênero*. Essa expressão, introduzida no nosso Código, foi bastante infeliz e não são poucas as dúvidas suscitadas a propósito da sua interpretação.

Tobias Barreto (1) foi dos primeiros a apontar a sua insuficiência: "Mas, a mesma expressão sintética — loucos de todo o gênero, conquanto simples e clara, larga e fecunda em sua simplicidade, não é todavia bastante compreensiva para abranger a totalidade não só dos que padecem de qualquer desarranjo no mecanismo da conciência, como também dos que deixaram de atingir, por algum vício orgânico, o desenvolvimento normal das funções, ditas espirituais, sendo uns e outros isentos de imputação jurídica".

Nina Rodrigues (2) estende-se em considerações sôbre êsse assunto, concluindo: "Sem dúvida, uma vez aceita qualquer das duas fórmulas, a jurisprudência e os comentadores acabarão por incluir em *loucos de todo o gênero ou alienados de qualquer espécie* todos os casos concretos em que a perturbação mental alienar a capacidade civil. Mas seguramente é para discutir-se a utilidade da codificação si ela tem de deixar o sentido preciso de uma expressão fundamental, entregue às contingências e controvérsias das opiniões individuais, ou às interpretações discordantes dos julgados.

A não ser, de fáto, por uma convenção de puro arbítrio, jamais se conseguirá incluir, em loucos de todo o gênero, todos os casos de incapacidade civil por anormalidade ou perturbação psíquica, de que o Projeto se ocupou, dando-os naturalmente por compreendidos naquela rubrica genérica. E êstes são casos não só de estados permanentes de insanidade mental como de estados transitórios".

Afrânio Peixoto (3) comenta, referindo-se, também, à impropriedade dessa expressão "Loucos de todo o gênero, alienados de qualquer espécie, são expressões vezeiras dos projetos, leis, códigos nacionais, mais ou menos empregados a esmo. Sôbre elas muito se tem escrito desde Tobias Barreto a Nina Rodrigues. Muita gente, incluindo aí médicos e juristas, pensa que são sinônimos. Não há tal. Loucos são doentes de um processo patológico ativo. O idiota, parado no desenvolvimento, o demente, regridido pela senilidade, são enfermos de um processo patológico estacionário ou crônico: não são loucos, mas, como os outros, são alienados. A noção da loucura contém-se, pois, dentro da alienação, muito mais ampla.

O Dr. Raul Camargo escreveu extensa monografia a propósito dos *Loucos de todo o gênero*, reunindo pareceres dos mais eminentes psiquiatras brasileiros, todos unânimes em julgar imprópria a referida expressão.

---

(1) – Tobias Barreto – *Menores e Loucos.* Rio, 1884, págs. 103/104.
(2) – Nina Rodrigues – *O Alienado no Direito Civil Brasileiro.* Baía, 1901, págs. 26/27.
(3) – Afrânio Peixoto – *Psicopatologia Forense.* Rio, 1916, pág. 169.

Diz aquele magistrado (1) : A expressão — loucos de todo gênero o — introduzida no Código Civil, foi uma ressurreição infeliz. Adotada no Código Criminal de 1830, já fôra repelida pelo legislador de 1890, no Código Penal.

Processo de interdição. — Determina o novo Código de Processo Civil e Comercial Brasileiro (Decreto-Lei n.º 1.608, de 18-9-1939), no seu Livro IV, Título XXIX, seja a curatela dos incapazes procedida da seguinte forma :

Art. 606 — O pedido de interdição dos absolutamente incapazes constará de requerimento fundamentado, feito pela pessoa a que a lei confere tal faculdade.

Parágrafo único — Requerida a interdição pelo órgão do Ministério Público, o juiz nomeará curador a lide, nas comarcas onde não houver curador ou tutor judicial.

Art. 607 — Autuada a petição, o juiz nomeará dois peritos para procederem ao exame médico-legal, e, em audiência prèviamente designada, ouvirá o interditando, o defensor e testemunhas, si houver.

§ 1.º — Si os laudos declararem a insanidade mental do suplicado, o juiz decretará a interdição, e, na forma da lei, dará curador ao interditando, nas comarcas onde não houver curador ou tutor judicial.

§ 2.º — Discordantes os laudos, o juiz nomeará desempatador.

Art. 608 — Terminada a instrução e conclusos os autos, o juiz, dentro em quarenta e oito (48) horas, decretará, ou denegará a interdição, si o não fizer na própria audiência.

Parágrafo único — Decretada a interdição, o juiz, na mesma sentença, nomeará curador, que, intimado, prestará o compromisso da lei.

Art. 609 — A sentença declaratória da interdição será intimada ao defensor do interditado, a quem houver promovido o processo e ao órgão do Ministério Público, e produzirá os seus efeitos depois de publicada três (3) vêzes por edital, com o intervalo de dez (10) dias, onde não houver registo especial.

Art. 610 — Além do interditando, poderão recorrer da sentença o defensor, o requerente, o órgão do Ministério Público, quando por êste promovido o processo.

Art. 611 — A interdição será levantada, desde que se prove ter cessado a sua causa.

§ 1.º — O requerimento poderá ser feito pelo próprio interditado.

§ 2.º — Formulado o pedido em requerimento junto ao processo, o juiz nomeará dois (2) médicos para procederem ao exame médico-legal, e, em audiência, ouvidas as testemunhas e o curador, proferirá a sentença (art. 608), levantando a interdição, si verificar que o interdito recuperou o uso das faculdades mentais.

§ 3.º — Ainda que se verifique a possibilidade de repetição da moléstia, será levantada a interdição, mas, em caso de recaída, o curador reassumirá o cargo, publicando-se novos editais, na forma do art. 609, ou restabelecendo-se o registro.

§ 4.º — A sentença que levantar a interdição será publicada, na forma estabelecida para a que a decretar, e produzirá os seus efeitos logo que passe em julgado.

---

(1) – Dr. Raul Camargo – *Loucos de todo o gênero.* Rio, 1921, pág. III.

Art. 612 — Estão sujeitos às disposições referentes à interdição dos incapazes por insanidade mental os surdos-mudos, que não tiverem educação especial.

Art. 613 — A interdição por perturbações mentais, resultantes do abuso de tóxicos, será requerida com a citação do interditando ; e, quando promovida pelo órgão do Ministério Público, o juiz nomeará curador a lide.

Na petição inicial, o requerente fará a exposição circunstanciada dos fatos e indicará as provas em que se baseia o pedido.

Art. 614 — Feita a citação dos interessados, o juiz mandará proceder a exame de sanidade no interditando e, em audiência prèviamente designada, o interrogará, ouvindo as suas testemunhas e as do requerente e recorrendo a quaisquer outros elementos de informação.

Art. 615 — Verificada a incapacidade do interditando absoluta e permanente, ou relativa e temporária, para os átos da vida civil, o juiz decretará a interdição nas quarenta e oito (48) horas seguintes à audiência (art. 607) e deferirá a curatela, plena limitada, de acôrdo com o exame, fixando, no segundo caso, as restrições de incapacidade a que ficará sujeito o interditado.

O curador prestará compromisso e, na forma do art. 609, publicar-se-á ou registrar-se-á a sentença.

Art. 616 — A interdição do pródigo será requerida pela mesma forma, citado o interditando, e a petição mencionará, circunstanciadamente, os fátos reiterados e indicativos de dissipação, processando-se, de acôrdo com o estabelecido nos artigos anteriores.

Art. 617 — Decretada a interdição, o juiz nomeará curador provisório, cujas funções se tornarão definitivas logo que a sentença transite em julgado.

Art. 618 — A interdição poderá ser levantada por meio de requerimento e prova de haver o pródigo readquirido capacidade para a administração de seus bens, ou de não mais existirem cônjuge e ascendentes ou descendentes legítimos.

Art. 619 — Para o levantamento da interdição serão ouvidos o curador e o órgão do Ministério Público, e a sentença, que o decretar, será publicada ou registrada, na forma do art. 609.

Art. 620 — Si a prodigalidade resultar de desordem das faculdades mentais, o pródigo será submetido a exame médico-legal, para os efeitos da interdição por incapacidade mental.

CASO N.º 39. — *Exame mental requerido pelo próprio paciente para provar que está no seu perfeito juízo e se defender no caso de ser iniciado o processo de interdição de que se julga ameaçado.*

Em bem da verdade, declaramos que a partir do dia 22 de maio de 1931, examinamos, durante 10 dias no quarto n.º 50 do Sanatório do Instituto Paulista, onde se achava internado, o Snr. C. J. M., branco, brasileiro, divorciado, com 74 anos de idade, residente em Barretos. No dia 21 de maio de 1931, um de nós, o relator, foi procurado pelo Snr. J. M., que lhe foi pedir um atestado médico, para fins judiciários e para provar que não estava padecendo das faculdades mentais. Feita a demonstração que um atestado dessa natureza e importância requeria observação demorada do paciente, em meio hospitalar, o Snr. C. J. M. recolheu-se de boa vontade ao Instituto Paulista, onde o examinámos e chegámos resumidamente às seguintes conclusões:

O Snr. C. J. M. casou-se há 48 anos mais ou menos, com Dona E. F. e teve 2 filhos: João, o mais velho, e um outro que faleceu ao nascer, juntamente com a mãe, vítima de complicações do 2.º parto.

Mais ou menos 8 anos depois, o Snr. C. J. M. casou-se pela segunda vez, com Dona E. J., da qual teve 11 filhos: M., S., C. E., E., P., L., A., O., F.; o filho G. faleceu de moléstia aguda aos cinco para seis meses de idade. Sempre viveu em boa harmonia com a espôsa até há 17 anos passados, quando dela se separou por causa do casamento de uma filha. Não se opunha ao casamento da filha, fazendo até gôsto em sua realização, tanto que foi preparar os papéis em Orlândia. Quando voltou a filha tinha ido para S. Paulo, para preparar o enxoval e depois se casou. Ficou aborrecido com esta viagem, resolvendo ir para Goiás, onde comprou uma fazenda e ganhou dinheiro. Antes de partir, como prezasse muito a espôsa, passou-lhe uma procuração para que administrasse todos os bens do casal. De Goiás dava sempre notícias, indagando da marcha dos negócios, saúde dos filhos, etc.

Há 2 anos passados retirou a procuração que tinha dado à espôsa, que lhe propôs então o divórcio. Aceitou o divórcio e fez a divisão amigável dos bens. No interêsse dos filhos, vendeu a parte que lhe coube na partilha à própria espôsa, que devia pagar-lhe a compra feita, em prestações, durante 10 anos, em condições estabelecidas de acôrdo com o seu advogado, Dr. João Silveira, que então residia em Piracicaba. Todas estas informações nos foram prestadas pelo paciente.

Prevendo complicações em sua vida, veiu a S. Paulo para que os médicos verificassem si estava ou não padecendo das faculdades mentais. Dizia que estava disposto a perder dinheiro, bens, mas não a ser curatelado, a ficar um homem sem ação em seus negócios, no fim de sua vida. Acrescentava que nunca teve passarinhos, presos em gaiolas em sua casa, para não prender inocentes, sem culpa, e desconfiava que podia ficar agora acorrentado a uma curatela. Suas comparações são pitorescas: não queria ficar como o papagaio, prêso pela perna, que de tão atribulado com a falta de liberdade, até aprende a falar...

A questão moral de passar como louco ou demente o abatia profundamente. Reconhece ser ignorante, quasi sem instrução alguma, mas ter boa memória e poder bem administrar os seus bens. Enriqueceu graças ao seu tino em negócios. Não pôde estudar e nem aprender muito, porque antigamente, quando era menino e rapaz, só existiam escolas em Itú ou em Airuoca, em Minas; em Batatais, naquele tempo, poucos podiam aprender. Não faz bem cálculos, senão ajudado com caroços de milho, dando-lhes um valor determinado e depois somando ou diminuindo. Não precisa fazer contas de juro, porque o seu negócio é de comprar terras, vender e comprar gado, porcos, etc. Não empresta dinheiro senão a amigos e isto sem documentos, sem juros, fiado unicamente na palavra, como é costume entre sertanejos. O único negócio com juros que fez, foi êste da venda à espôsa da metade de seus bens.

Lê mal, assina o seu nome. Os óculos que usa são mal apropriados e só enxerga letras grandes e assim mesmo com o ôlho direito; não enxerga com o ôlho esquerdo (trauma). Pode ler notícias no "O Estado de S. Paulo", desde que as letras sejam grandes.

Não precisa datas de maneira positiva. Não diz por exemplo: tal fáto se deu em 1910. Como não tem instrução suficiente, diz: tal fáto se deu há 21 anos.

Sua memória, nesta maneira de enumerar os fátos, é boa: casou-se pela primeira vez, há 48 anos; o segundo casamento se deu há 40 anos; a sua primeira mulher chamava-se Dona E. F.; a segunda mulher, chama-se Dona E. J.; teve com ela 11 filhos. Seu filho mais velho, J., é do primeiro matrimônio; os outros filhos são do segundo matrimônio.

Não apresenta delírios, nem idéias de perseguição, nem alucinações, nem ilusões, nem puerilismo ou decadência mental.

Diante da ausência de manifestações mórbidas para o lado psíquico, podemos eliminar a hipótese de uma psicose de involução senil, de artério-esclerose cerebral, de sífilis cerebral, de demência senil.

A inteligência é sã; a-pesar-da idade, não manifesta cansaço mental ao conversar, não demonstra incapacidade da atenção, perturbações da imaginação, desinterêsse pelo meio ambiente, perturbações da memória. Tem boa noção dos fátos antigos e recentes.

Magro, dispnéico, anda encurvado para a frente, por sentir dores no território do ciático direito e ao nível da articulação coxo-femural do mesmo lado, principalmente depois que, há meses, fez uma injeção na região glútea.

Não pode distender o membro inferior direito pelas dores que sente, apresentando um sinal de KERNIG uni-lateral homólogo, o sinal do joelho levantado de SICARD; sinal de NEN do mesmo lado. Diminuição do reflexo aquileano direito. A radiografia da articulação coxo-femural direita, feita pelo Snr. Dr. Alcides Ribeiro de Abreu, no Instituto Paulista, nada revelou no esqueleto, visível aos raios X, além de uma descalcificação.

Há 30 anos sofreu uma fratura do punho esquerdo, que o deformou, quando lidava com porcos. Não enxerga com o ôlho esquerdo, depois de uma lesão traumática. Vê pouco com o ôlho direito; os óculos que usa são insuficientes. Lê sòmente as notícias impressas em letras graúdas. A glândula tiroide está bem aumentada de volume, não só em sua parte média, como no lóbulo esquerdo, apresentando assim bócio bem visível. Dispnéico, padece de uma miocardite, com aritmia bem acentuada. A pressão arterial ao oscilômetro de PACHON foi de 15 e 8. Taquicardia. Pequena massicez na base do pulmão direito; não existem sintomas de bronquite. Fígado muito aumentado de volume. Ausência de edemas nos membros inferiores. Urinas com a densidade de 1016,9, com reação ácida, ligeiramente turva, com ligeiros vestígios de albumina, sem açúcar, acetona, etc.; com raras células superficiais do trajeto gênito-urinário, alguns piocitos (20 por campo), cilindroides e bactérias.

Dosagem de uréia do sangue — 0,43 grs. por litro.

Reação de WASSERMANN — positiva no sangue. Reações de MEINICKE e SACHS-GEORGI — negativas no sangue.

Exame parasitológico das fézes — negativo.

Diante de todos êstes fátos, chegámos às seguintes conclusões:

1.º) O Snr. C. J. M., aos 74 anos de idade, padece de uma artério-esclerose generalizada.

2.º) Não está atualmente sofrendo das faculdades mentais.

3.º) Pode presentemente gerir a sua pessoa e administrar seus bens.

Tal é o nosso parecer.

(*aa.*) ENJOLRAS VAMPRÉ – relator.
A. C. PACHECO E SILVA.
A. DE ALMEIDA PRADO.

CASO N.º 40. — *Exame mental de antiga interdita. Involução senil. Pedido de verificação retrospectiva do início da incapacidade.*

Os abaixo assinados, peritos nomeados pelo Exmo. Snr. Dr. Oscar Martins de Melo, Meritíssimo Juiz de Direito da Comarca de Piratininga, para procederem a exame mental na pessoa de Dona M. I. M., após meticulosa observação da paciente, que para melhor ser examinada foi removida para o Sanatório Pinel, redigiram o presente relatório médico-legal.

QUALIFICAÇÃO. — Dona M. I. M., branca, brasileira, com 65 anos de idade, viuva, residente em Piratininga.

Fátos. — O presente exame é procedido em virtude do seguinte: A paciente, em 17 de outubro de 1925, outorgou a seu filho J. P. B., no cartório de Paz de Piratininga, uma procuração com amplos e ilimitados poderes para gerir e administrar os seus bens, inclusive aliená-los, permutá-los ou hipotecá-los. De posse dessa procuração, J. P. B. fez a venda de todos os bens pertencentes à suplicante, cuja escritura foi lavrada em 21 de janeiro de 1926.

Posteriormente a essa transação, em 18 de abril de 1932, foi Dona M. interditada, após ter sido examinada por dois médicos psiquiatras, que a julgaram incapaz. Alega, agora, a curadora da paciente, Dona M. M. A., assistida por seu marido A. M. B., em ação ordinária de anulação, que aqueles átos são nulos, por-isso-que já muito antes da outorga da procuração, valendo-se da qual foram vendidos os seus bens, já a paciente se encontrava sofrendo das faculdades mentais, sendo portanto uma incapaz de consentir e celebrar validamente qualquer negócio, razão por que promove agora a anulação da venda do imóvel "Barreirinho do Monte Alegre", feita a J. F. S.

Observação clínica. — A paciente é u'a mulher de 65 anos, bastante envelhecida para a idade. O esqueleto é simétrico, sem deformações. O panículo adiposo é escasso e a musculatura flácida. A pele engelhada. As mucosas visíveis regularmente coradas. Os pés estão deformados pela presença de numerosas cicatrizes e de grande número de "sarcopsilas penetrans".

Consignámos presença de esternalgia e tibialgia. Os gânglios cervicais e inguinais estão infartados.

A tiroide se apresenta aumentada de volume, formando bócio cervical mole à palpação.

A bôca está desprovida de quasi todos os dentes. Língua saburrosa. Conjuntivas sub-ictéricas.

O exame do aparelho respiratório nada revelou digno de registo.

Aparelho circulatório. — Choque da ponta do coração no 6.º intercôsto direito, um pouco para fora da linha mamilar. Bulhas cardíacas um tanto abafadas, notando-se refôrço do 2.º tom aórtico. As artérias são sinuosas e um tanto esclerosadas. Pulso duro, tenso, mas ritmado. Pressão arterial — Mx. 16 ; Mn. 9,5.

Aparelho digestivo. — Fígado aumentado de volume e doloroso à pressão. Intestinos funcionando regularmente, sem pontos dolorosos à palpação.

Aparelho urinário. — Incontinência do esfincter vesical.

Sistema nervoso.— Reflexos profundos vivos e iguais. Sensibilidades bem conservadas. Tremores digitais acentuados. Reflexos pupilares reagindo preguiçosamente. Esbôço do arco senil. Não há sinais indicativos de paralisias nos territórios tributários dos nervos craneanos.

Exame psíquico. — Dona M. é u'a mulher rústica, que cresceu e viveu sempre em meio inculto, não frequentou escolas e nem aprendeu a ler. Não obstante, revela certas noções práticas da vida. Sabe as razões que motivaram a sua vinda para êste Sanatório, está ao par da sua situação de interdita e descreve, com relativa precisão para a sua situação, os fátos que se passaram desde que um seu filho, de posse de uma procuração sua, vendeu todos os seus haveres, gastando o produto e deixando-a em condições financeiras precárias.

Em geral alegre, conformada, por vêzes irônica, responde ao interrogatório com desembaraço, prestando-se, sem relutar, ao exame médico.

A memória para os fátos recentes apresenta lacunas sensíveis, mas está relativamente conservada para os fátos passados, obedecendo à lei de Ribot. Está orientada no meio. Não o está de todo no lugar e tempo, conquanto dê informes aproximados da localização do Sanatório e do dia e mês em que nos encontramos.

Pôde reconstituir a sua vida passada, recordando-se da sua internação na Casa de Saúde "Homem de Mello", citando o nome dos médicos que lá a examinaram.

Descreveu a sua vida presente, dizendo que viveu em companhia de uma filha, numa fazenda do Interior, junto a uma colônia de japoneses.

Reconhece ter, por vêzes, se excedido em bebidas alcoólicas, vagando pelas estradas, recorrendo à caridade pública para adquirir alimentos.

Conquanto não tenha revelado distúrbios sensoriais, por vêzes diz coisas disparatadas, descrevendo cenas fantásticas, revelando manifesta mitomania.

DIAGNÓSTICO. — Psicose por involução senil.

Conquanto não haja dúvida quanto ao diagnóstico e a paciente se não encontre em condições de gerir a sua pessoa e administrar os seus bens, cumpre assinalar não se encontrar a mesma em estado de completa decadência das faculdades intelectuais.

Isso pôsto, passamos a responder aos quesitos apresentados:

1.º) P. – A paciente Dona M. I. M. está sofrendo de alienação mental?
R. – Sim.

2.º) P. – No caso afirmativo, qual a espécie de alienação?
R. – Psicose de involução senil.

3.º) P. – Ainda no caso afirmativo, podem os Snrs. Peritos afirmar à luz da ciência de quando data essa alienação?
R. – Não podemos. A paciente não apresenta completa desagregação das faculdades psíquicas, o que poderia indicar não datar de muito tempo o início da psicose. Entretanto, a evolução dessa forma mental é tudo quanto há de mais variável, dependendo a aceleração ou o retardamento da sua marcha de muitos fatores, por tal forma que não há elementos precisos para se afirmar de quando data essa alienação.

4.º) P. – Podem os Snrs. Peritos afirmar de modo positivo se a paciente sofria de alienação no período de tempo que vai de 17 de outubro de 1925 a 21 de janeiro de 1926?
R. – De acôrdo com a resposta dada ao quesito anterior, ninguém poderá afirmar si no citado período a paciente já sofria de alienação mental.

Tal é o nosso parecer.

(*aa.*) A. C. PACHECO E SILVA – relator.
VIRGILIO DE CAMARGO PACHECO.

CASO N.º 41. — *Levantamento de interdição. Parecer favorável visto haverem cessado os motivos da incapacidade.*

Nós, abaixo assinados, Drs. A. C. Pacheco e Silva e Mário de Gouvêa, respectivamente diretor geral e alienista da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, peritos nomeados pelo Exmo. Snr. Dr. Francisco Meirelles dos Santos, M. Juiz de Direito da Segunda Vara de Órfãos, para procedermos a exame mental na pessoa de Dona A. B. A. B., prestado o compromisso legal e depois de acurada observação da paciente, redigimos o relatório médico-legal que se segue:

QUALIFICAÇÃO. — Dona A. B., com 64 anos, branca, brasileira, viuva, residente à Alameda Barão do Rio Branco n.º X.

HISTÓRICO. — O presente exame médico-legal é procedido pelas seguintes razões: A 11 de abril de 1930, o Dr. M. E. Q., advogado e procurador do Dr. J. E. A. B., marido da paciente, requereu ao M. Juiz de Direito da Segunda Vara de Órfãos a interdição da mesma, que se encontrava naquela época recolhida ao Instituto Paulista. Deferido aquele requerimento, os peritos nomeados, Drs. E. Vampré e Hermenegildo Urbina Telles, concluiram pela incapacidade civil de Dona A. B. A. B., que apresentava perturbações mentais que se enquadravam no grupo da melancolia ansiosa. Diante disso, foi a paciente interdita por sentença do Dr. João Manoel Carneiro Lacerda, juiz de direito substituto da Segunda Vara de Órfãos, datada aos 4 de junho de 1930 nesta cidade de São Paulo.

A paciente permaneceu no Instituto Paulista até 20 de outubro de 1931, data em que foi removida para o Sanatório Pinel, em Pirituba, de onde saiu com alta, restabelecida, aos 22 de janeiro do corrente ano.

Não se conformando com a privação dos seus direitos civís, uma vez que se julga restabelecida, Dona A. B. requereu o levantamento da sua interdição, conforme requerimento junto aos autos.

Ouvidos a Curadora e o Dr. Curador Geral, na forma da lei, que a isso se não opuseram, foram os abaixo assinados nomeados peritos para proceder a novo exame mental da requerente. Dessa missão agora se desobrigam.

EXAME SOMÁTICO. — Trata-se de uma senhora de idade, mas ainda em boas condições de saúde.

Dentes relativamente bem conservados.

Abóbada palatina e naso-faringe — normais.

Não acusa tibialgia, esternalgia, nem enfartamento ganglionar.

Ligeiro sôpro sistólico no fóco aórtico.

Ictus cordis no 5.º espaço intercostal, a um centímetro para fora da linha mamilar.

Fígado com limites normais.

Baço não palpável nem percutível.

Abdômen sem pontos dolorosos à palpação.

Reflexos superficiais e profundos presentes e normais.

Pupilas iguais, reagindo bem à luz e à acomodação.

Marcha, estática e sensibilidade — não apresentam distúrbios.

Nota-se uma pequena cicatriz no canto externo do ôlho direito, onde apresentou, há tempos, um pequeno epitelioma, que desapareceu após a eletro-coagulação.

EXAME PSÍQUICO. — Consta da observação redigida por um dos peritos e existente no Arquivo Clínico do Sanatório Pinel o seguinte:

Esta senhora, que nunca apresentou distúrbios mentais até julho de 1929, conta na família alguns casos de neuro e psicopatias. Extremamente dedicada aos filhos, Dona A. foi espôsa exemplar, revelando sempre inteligência clara e lúcida. Durante toda a vida apresentou irregularidade na menstruação, chegando, certa vez, a passar cêrca de 6 meses sem ter fluxo menstrual.

Outras vêzes apresentava grandes metrorragias. Aos 43 anos engravidou, pela segunda vez deu à luz gêmeos, um dos quais faleceu logo após o parto. Teve então uma infecção puerperal, ficando em estado grave, sendo obrigada a guardar o leito por longo tempo.

A moléstia atual se iniciou em julho de 1929, depois de vários abalos morais, por agitação psico-motora, sucedendo-se forte depressão, com idéias de suicídio, razão por que foi recolhida ao Instituto Paulista, onde foi feito o diagnóstico de melancolia. Aos poucos, a sintomatologia ruidosa desapareceu, para dar lugar ao quadro atual. A paciente se apresentava, ao ser recolhida ao Sanatório Pinel, como uma pessoa normal, notando-se-lhe apenas certa apatia, indiferentismo e desapêgo aos filhos. Em resumo, uma verdadeira anestesia afetiva. Pouco se lhe dava viver em

casa, neste ou naquele Sanatório. Não tinha, segundo ela mesmo afirmava, alegria nem tristeza, percebendo que fáto algum alterava a sua emotividade. Perdeu, ela que era muito religiosa, toda a fé, ia à Capela sem vontade, apenas para passear, porque não via utilidade nas preces.

Em novembro de 1934 a paciente foi melhorando do estado geral e as melhoras físicas se acompanharam de modificação do estado mental. Desapareceu a anestesia afetiva em que vivia, foi-se interessando pela sua situação, mantendo constante comunicação com a família, manifestando vontade de sair. Queria deixar o hospital para retomar as suas funções de mãe de família. Não se conforma com a sua situação de interdita.

Foi concedida alta à paciente no dia 22 de janeiro de 1935.

Fora do Sanatório, a paciente retomou a sua vida anterior, visitando parentes, interessando-se por tudo, sem revelar o menor distúrbio mental, conforme verificaram os peritos pelos exames a que a submeteram. A paciente está perfeitamente lúcida, associando bem as idéias, revelando critério nos propósitos, não se observando o síndromo melancólico descrito linhas atrás.

Tendo, assim, cessado os sintomas assinalados no laudo de fls. 7 e 8, julgam os peritos que a paciente está agora em condições de voltar a gerir sua pessoa e administrar seus bens.

São Paulo, 16 de fevereiro de 1935.

DA CAPACIDADE PARA TESTAR

TESTAMENTOS DOS PSICOPATAS, DOS EXCÊNTRICOS E DOS MORIBUNDOS

1. Importância do testamento em Psiquiatria Forense. — 2. O testamento segundo a atual legislação brasileira. — 3. Da aptidão para testar. — 4. Perícias retrospectivas. — 5. Testamentos dos moribundos. — 6. Da sugestão e da captação.

1. Importância do testamento em Psiquiatria Forense. — O testamento é, como já afirmava LEGRAND DU SAULLE, um dos átos mais graves da vida privada. Daí as rigorosas formalidades exigidas por todos os códigos para a sua validade.

Antes de desaparecer do cenário da vida, assiste ao homem o direito de dispôr de seus bens de acôrdo com a legislação do país em que se vai proceder ao seu inventário ; entretanto, uma condição essencial se exige para que a sua vontade seja respeitada : é que êle, no momento de testar, esteja em perfeito juízo (1). Explica-se, assim, a importância do testamento em psiquiatria forense.

Além disso, o testador, ao exprimir suas derradeiras vontades, deve agir livremente, sem se deixar levar pelos conselhos dos que o cercam, por sugestões estranhas capazes de desviar sua primitiva intenção.

1) — Os bandeirantes paulistas, mesmo em pleno sertão, não deixavam de assinalar em seus testamentos o fáto de estarem no gôzo de perfeita integridade mental. Veja-se, assim, a introdução do testamento com que faleceu Braz Gonçalves, publicado no vol. XXVI do Arquivo do Estado de São Paulo : "Em nome de Deus amen. Saibam quantos esta cédula de testamento virem em como no ano do Nascimento de Nosso Senhor Jesus Cristo de mil seiscentos e três anos aos vinte e nove dias de Junho do dito ano neste sertão aonde me acho eu Braz Gonçalves o moço me acho enfermo de doença que o Senhor me deu *estando em meu verdadeiro juízo e entendimento* roguei a Francisco Nunes Cubas que me fizesse e escrevesse êste testamento para descargo de minha conciência por não saber quando Nosso Senhor seja servido de me levar para si ao qual encomendo minha alma pois me criou e reuniu por seu precioso sangue e peço à Virgem Maria Nossa Senhora e aos bemaventurados apóstolos São Pedro e São Paulo, cujo dia hoje é, sejam meus advogados e intercessores e me alcancem perdão de meus pecados amen".

Idêntica preocupação tinham os velhos paulistas do século passado, em cujos testamentos não se limitavam, como já faziam os seus antepassados, à distribuição dos haveres, mas *descarregavam a conciência*, no dizer de ALCANTARA MACHADO (*Vida e morte do bandeirante*). O Capitão-mór Floriano de Camargo Penteado inicia o seu testamento com as seguintes palavras : "Em nome da Santíssima Trindade, Padre, Filho, Espírito Santo. Amen. Saibão quantos este publico instrumento de Testamento e ultima vontade virem, que sendo no ano de mil oitocentos e trinta e sete aos desasseis dias de Junho nesta vila de São Carlos eu Floriano de Camargo Penteado, *estando em pleno e perfeito goso de minhas faculdades mentais, com saude, de minha livre vontade, sem sedução ou constrangimento de pessoa alguma*, faço as declarações e disposições testamentarias, que quero se cumpram e executem na forma que vou declarar".

Na velhice, sobretudo, fácil é aos espíritos pérfidos e interesseiros prevalecerem-se da fraqueza de quem já não pode deliberar, obedecendo tão sòmente às próprias incitações, para, em prejuízo de outros, dar expansão às suas ambições.

2. *O testamento segundo a atual legislação brasileira.* —

Art. 1.626 — Considera-se testamento o áto revogável pelo qual alguém, de conformidade com a lei, dispõe, no todo ou em parte, do seu patrimônio, para depois da sua morte.

Da capacidade para fazer testamento

Art. 1.627 — São incapazes de testar:

1) Os menores de dezesseis anos.
2) Os loucos de todo o gênero.
3) Os que, ao testar, não estejam em seu perfeito juízo.
4) Os surdos-mudos que não puderem manifestar a sua vontade.

Art. 1.628 — A incapacidade superveniente não invalida o testamento eficaz, nem o testamento do incapaz se valida com a superveniência da capacidade.

DAS FORMAS ORDINÁRIAS DO TESTAMENTO

Disposições gerais

Art. 1.629 — Êste Código reconhece como testamentos ordinários:

1) O público.
2) O cerrado.
3) O particular.

Art. 1.630 — E' proibido o testamento conjuntivo, seja simultâneo, recíproco ou correspectivo.

Art. 1.631 — Não se admitem outros testamentos especiais, além dos contemplados neste Código (arts. 1.656 a 1.663).

Do testamento público

Art. 1.632 — São requisitos essenciais do testamento público:

1) Que seja escrito por oficial público em seu livro de notas, de acôrdo com o ditado ou as declarações do testador, em presença de cinco testemunhas.

2) Que as testemunhas assistam a todo o áto.

3) Que, depois de escrito, seja lido pelo oficial, na presença do testador e das testemunhas, ou pelo testador, se o quiser, na presença destas e do oficial.

4) Que, em seguida à leitura, seja o áto assinado pelo testador, pelas testemunhas e pelo oficial.

Parágrafo único — As declarações do testador serão feitas na língua nacional.

Art. 1.633 — Se o testador não souber, ou não puder assinar, o oficial assim o declarará, assinando, neste caso, pelo testador, e a seu rôgo, uma das testemunhas instrumentárias.

Art. 1.634 — O oficial público, especificando cada uma dessas formalidades, portará por fé, no testamento, haverem sido todas observadas.

Parágrafo único — Se faltar, ou não se mencionar alguma delas, será nulo o testamento, respondendo o oficial público civil e criminalmente.

Art. 1.635 — Considera-se habilitado a testar pùblicamente aquele que puder fazer de viva voz as suas declarações, e verificar, pela sua leitura, haverem sido fielmente exaradas.

Art. 1.636 — O indivíduo inteiramente surdo, sabendo ler, lerá o seu testamento, e, se o não souber, designará quem o leia em seu lugar, presentes as testemunhas.

Art. 1.637 — Ao cego só se permite o testamento público, que lhe será lido, em alta voz, duas vêzes, uma pelo oficial e a outra por uma das testemunhas, designada pelo testador, fazendo-se de tudo circunstanciada menção no testamento.

Do testamento cerrado

Art. 1.638 — São requisitos essenciais do testamento cerrado:

1) Que seja escrito pelo testador, ou por outra pessoa, a seu rôgo.

2) Que seja assinado pelo testador.

3) Que não sabendo, ou não podendo o testador assinar, seja assinado pela pessoa que lho escreveu.

4) Que o testador o entregue ao oficial em presença, quando menos, de cinco testemunhas.

5) Que o oficial, perante as testemunhas, pergunte ao testador se aquele é o seu testamento, e quer que seja aprovado, quando o testador não se tenha antecipado em declará-lo.

6) Que para logo, em presença das testemunhas, o oficial exare o auto de aprovação, declarando nele que o testador lhe entregou o testamento e o tinha por seu, bom, firme e valioso.

7) Que imediatamente depois da sua última palavra comece o instrumento de aprovação.

8) Que, não sendo isto possível, por falta absoluta de espaço na última folha escrita, o oficial ponha nele o seu sinal público e assim o declare no instrumento.

9) Que o instrumento ou auto de aprovação seja lido pelo oficial, assinando êle, as testemunhas e o testador, se souber e puder.

10) Que, não sabendo, ou não podendo o testador assinar, assine por êle uma das testemunhas, declarando, ao pé da assinatura, que o faz a rôgo do testador, por não saber ou não poder assinar.

11) Que o tabelião o cerre e cosa, depois de concluido o instrumento de aprovação.

Art. 1.639 — Se o oficial tiver escrito o testamento a rôgo do testador, pode-lo-á, não obstante, aprovar.

Art. 1.640 — O testamento pode ser escrito em língua nacional ou estrangeira, pelo próprio testador, ou por outrem, a seu rôgo. A assinatura será sempre do próprio testador, ou de quem lhe escreveu o testamento (art. 1.638, n.º 1).

Art. 1.641 — Não poderá dispor de seus bens em testamento cerrado quem não saiba, ou não possa ler.

Art. 1.642 — Pode fazer testamento cerrado o surdo-mudo, contanto que o escreva todo, e o assine de sua mão, e que, ao entregá-lo ao oficial público, ante as cinco testemunhas, escreva, na face externa do papel, ou do envoltório, que aquele é o seu testamento, cuja aprovação lhe pede.

Art. 1.643 — Depois de aprovado e cerrado, será o testamento entregue ao testador, e o oficial lançará, no seu livro, nota do lugar, dia, mês e ano em que o testamento foi aprovado e entregue.

Art. 1.644 — O testamento será aberto pelo juiz, que o fará registrar e arquivar no cartório a que tocar, ordenando que seja cumprido, se lhe não achar vício externo que o torne suspeito de nulidade ou falsidade.

Do testamento particular

Art. 1.645 — São requisitos essenciais do testamento particular :

1) Que seja escrito e assinado pelo testador.

2) Que nele intervenham cinco testemunhas, além do testador.

3) Que seja lido perante as testemunhas, e, depois de lido, por elas assinado.

Art. 1.646 — Morto o testador, publicar-se-á em juízo o testamento, com citação dos herdeiros legítimos.

Art. 1.647 — Se as testemunhas forem contestes sôbre o fáto da disposição, ou, ao menos, sôbre a sua leitura perante elas, e se reconhecerem as próprias assinaturas, assim como a do testador, será confirmado o testamento.

Art. 1.648 — Faltando até duas das testemunhas, por morte, ou ausência em lugar não sabido, o testamento pode ser confirmado, se as três restantes forem contestes, nos termos do artigo antecedente.

Art. 1.649 — O testamento particular pode ser escrito em língua estrangeira, contanto que as testemunhas a compreendam.

Das testemunhas testamentárias

Art. 1.650 — Não podem ser testemunhas em testamentos :

1) Os menores de dezesseis anos.

2) Os loucos de todo o gênero.

3) Os surdos-mudos e os cegos.

4) O herdeiro instituido, seus ascendentes e descendentes, irmãos e cônjuge.

5) Os legatários.

DOS CODICILOS

Art. 1.651 — Toda pessoa capaz de testar poderá, mediante escrito particular seu, datado e assinado, fazer disposições especiais sôbre o seu entêrro, sôbre esmolas de pouca monta a certas e determinadas pessoas, ou, indeterminadamente, aos pobres de certo lugar, assim como legar móveis, roupas ou joias, não mui valiosas, de seu uso pessoal (art. 1.797).

Art. 1.652 — Êsses átos, salvo direito de terceiro, valerão como codicilos, deixe, ou não, testamento o autor.

Art. 1.653 — Pelo modo estabelecido no art. 1.651, se poderão nomear ou substituir testamenteiros.

Art. 1.654 — Os átos desta espécie revogam-se por átos iguais, e consideram-se revogados se, havendo testamento posterior, de qualquer natureza, êste os não confirmar, ou modificar.

Art. 1.655 — Se estiver fechado o codicilo, abrir-se-á do mesmo modo que o testamento cerrado (art. 1.644).

3. ***Da aptidão para testar.*** — De acôrdo com o parágrafo 2.º do art. 1.627 do Código Civil "são incapazes de testar os loucos de todo o gênero".

E' evidente que, si os distúrbios mentais forem patentes, si o testador padecer de uma afecção mental bem caracterizada, difìcilmente surgirão dúvidas. O alienado não pode testar e, si o fizer, o áto será evidentemente nulo. Já o mesmo não ocorre, entretanto, nos casos dúbios, quando não há elementos positivos para se afirmar si no momento em que aprovou o testamento estava ou não o indivíduo com a sua mentalidade íntegra. Chamado a dar opinião em tais casos, o perito médico vê-se, muitas vêzes, em situação embaraçosa, sobretudo quando fôr o caso, como sóe frequentemente acontecer, de pesquisas retrospectivas, promovidas após a morte do paciente, pois só então se torna conhecido, na maioria das vêzes, o texto do documento.

Ao médico assistente cabe advertir, em tempo, a família do doente si porventura notar que as faculdades psíquicas do paciente se mostram afetadas, pois que a êle cumpre também zelar pelos interêsses do cliente, não permitindo que êste, com sua anuência, assine qualquer documento, sem estar em perfeito juízo. Em caso de dúvida, impõe-se a presença de um psiquiatra. A êste caberá dizer se o indivíduo tem ou não capacidade para testar.

O nosso mestre FRANCO DA ROCHA dizia (1) com grande acêrto: "Parece-nos que só um e único meio seria capaz de obstar a intrusos, até certo ponto, a captação de testamentos, em artigo de morte: — a exigência legal de um médico para examinar o testador e assinar, com as testemunhas, a aprovação do testamento, deixando aí registrado o seu parecer sôbre o estado mental do examinando".

E' ainda FRANCO DA ROCHA quem pondera: "Por mais cuidadoso que seja o exame dos dados fornecidos, desde que êles não sejam a resultante da observação direta de médicos sôbre o testador, no ato de testar, é impossível qualquer resposta positiva e firme".

E para aqueles que se vêem, como sóe frequentemente acontecer com os psiquiatras que não se prestam às manobras de pessoas interesseiras e que são porisso cobertos de apôdos nas seções livres dos jornais, sirvam de consôlo as palavras do pranteado fundador do Hospital de Juquerí (2) ao tratar do assunto: "Mau grado seu, entra o inves-

---

(1) – *Esbôço de Psiquiatria Forense*, pág. 186.
(2) – *Ibd.*, págs. 182 e 183.

tigador por um vasto mar agitado pelo egoísmo, e onde os interêsses que se chocam cream a atmosfera especial dos inventários, atmosfera sufocante e que todos conhecem, prenhe de intrigas, de perfídias, de insinuações, de malevolência e de ódios. Procurar nesse meio um pouco de luz é ir ao encalço de uma das maiores dificuldades. Os médicos que se saírem de tais questões sem terem tomado descomposturas de advogados, podem dizer como o poeta

E quindi uscimo a riveder le stelle . . .

Vejamos alguns exemplos :

CASO N.º 42. — *Hemorragia cerebral. Hemiplegia esquerda. Capacidade para os átos da vida civil.*

Um capitalista casado, sem filhos, foi acometido por um derrame cerebral, ficando hemiplégico. Dias depois, sentindo-se gravemente doente, manifestou o desejo de redigir seu testamento, fazendo a espôsa sua herdeira. Os irmãos do paciente, tendo conhecimento da vontade manifestada pelo testador, propalam que êle não está em pleno gôzo de suas faculdades mentais e que, se assinar qualquer documento, êste será, posteriormente, contestado, porque o consideram alienado. Nessa conjuntura, o médico assistente resolve chamar dois psiquiatras, que firmam o seguinte atestado :

"Nós, abaixo assinados, Drs. A. C. Pacheco e Silva e Arthur Guimarães Júnior, respectivamente diretor e alienista do Hospital de Juquerí, atestamos, a pedido da família, que o Snr. Luiz M. P. Q., branco, brasileiro, com 62 anos de idade, casado, residente à rua X, apresenta uma hemiplegia esquerda consequente a uma hemorragia cerebral, caracterizada por — paralisia espástica com ligeira contratura dos membros superior e inferior ; exagêro dos reflexos tendinosos ; sinal de Babinski ; hiperestesia, paralisia facial e edema da mão — tudo à esquerda.

Ao demais, consignámos : língua desviada para o lado paralisado ; ligeira dificuldade na articulação das palavras, desordens dos esfíncteres, escara de decubitus e sinais de congestão na base de ambos os pulmões.

Durante o período em que o paciente esteve sob nossa observação, de 26 de novembro a 5 de dezembro de 1929, não registrámos desordens psíquicas. Conquanto acamado, enfraquecido, movendo com dificuldade os membros paralizados, e por vêzes febril, o Snr. Luiz M. P. Q. se apresenta perfeitamente lúcido, conservando íntegras a atenção, a memória, a compreensão, a associação de idéias, a afetividade e os sentimentos éticos.

Tendo conhecido o paciente antes da afecção atual, podem os peritos afirmar, outrossim, que até esta data não houve rebaixamento do nível mental".

Outro exemplo :

CASO N.º 43. — *Involução senil. Incapacidade para testar. Decretação da interdição.*

D. Ana de A. F., de 95 anos, reside em companhia de um genro, que lhe administra os bens, sem prestar contas aos demais membros da família. Tendo-se agravado os padecimentos próprios da idade, por insinuação dos parentes com quem reside, resolve a paciente fazer o seu testamento. Um neto, estudante de direito, entende,

porém, que a testadora não está em condições de exprimir a sua vontade, dando mostras de se encontrar em plena involução senil, razão por que entende necessário um exame de sanidade mental na paciente. Os peritos nomeados apresentam o seguinte laudo:

"Nós, abaixo assinados, Drs. A. C. Pacheco e Silva (relator) e Mario de Gouvêa, respectivamente diretor geral da Assistência a Psicopatas e alienista do Hospital de Juquerí, peritos nomeados para proceder a exame mental na pessoa de D. Ana A. F., cumpridas as formalidades legais, passamos a redigir o presente relatório médico-legal:

IDENTIFICAÇÃO. — D. Ana A. F., branca, brasileira, com 95 anos de idade aproximadamente, viuva, residente à alameda B. de C. n.º X, nesta capital.

FÁTOS. — A perícia médico-legal que motiva o presente laudo foi feita por determinação do Exmo. Snr. Dr. Vicente Rodrigues Penteado, Meritíssimo Juiz de Direito da Primeira Vara de Órfãos e Ausentes desta cidade, para efeito de interdição.

EXAME SOMÁTICO. — Trata-se de uma senhora de idade avançada, que se conserva sentada, locomovendo-se com certa dificuldade, sempre apoiada em uma bengala. Apresenta vários dos sinais físicos que caracterizam a involução senil: perda de todos os dentes, artério-esclerose generalizada, tremor senil, arco senil, hiperqueratose senil, pulso de baixa tensão, desordens urinárias, edema dos membros inferiores.

EXAME PSÍQUICO. — Conquanto idosa, D. Ana A. F. conserva certa vivacidade, atendendo, com interêsse, ao que se passa em tôrno de si, deixando transparecer o seu bom humor habitual. Discorre, com relativa facilidade para a sua idade, sôbre fátos da sua vida passada, mas toda vez que a palestra resvala para fátos mais recentes transparece logo a incapacidade de fixação e a dificuldade de assimilar novos conhecimentos, o que a leva a solicitar o auxílio dos seus, para que lhe completem o pensamento.

Premida pelas nossas perguntas, não as podendo satisfazer, busca subterfúgios, dizendo: "Não boto sentido nessas coisas". "Não tenho necessidade de saber disso, tenho quem de mim cuide e tome conta dos meus negócios". Diz isso irritada, um pouco colérica, acusando um neto de lhe estar causando incômodos e querer se apropriar do que lhe pertence.

Não nos pôde dizer o nome da rua em que reside, o dia, o mês e muito menos o ano em que nos encontramos. Perguntada sôbre os seus haveres, diz que dêles recebe os juros, que estão no banco, mas não sabe quanto possue, nem pode dizer em que está a sua fortuna aplicada.

Não sabe, também, quantas nem quais as pessoas que residem na casa do seu genro, onde ela atualmente se encontra; apenas se refere, de modo vago e impreciso: "Aquí mora muita gente. Nem sei; em baixo, em cima, está tudo cheio, não há nenhum quarto vago".

Reconheceu uma nota de dez e outra de vinte mil réis, que lhe foram apresentadas.

Não logrou resolver problemas, os mais rudimentares, de somar e diminuir.

No decorrer do exame revela certa puerilidade, deixando, outrossim, transparecer um instinto de conservação hipertrofiado. Não só não deseja morrer, mas quer viver muito bem, comendo iguarias e dormindo melhor.

Nota-se-lhe certa anestesia afetiva: a paciente refere-se a um neto recem-falecido sem manifestar a menor emotividade. O mesmo se verifica com relação a um filho, também há pouco falecido, a quem só faz menção para dizer dêle ter recebido uma herança.

D. Ana A. F. nada sabe do que se passa na casa onde reside e, segundo ela própria afirma, na impossibilidade de administrar os seus bens já de há muito confiou-os a pessoas de sua família, que dêles cuidam.

Do exposto conclue-se que D. Ana A. F. apresenta um enfraquecimento senil progressivo das faculdades intelectuais e afetivas, não estando em condições de reger a sua pessoa, nem administrar os seus bens.

Isso pôsto, passamos a responder aos quesitos que nos foram apresentados

Ao 1.º: P. — Qual o estado geral da interditanda?
R. — O estado geral da interditanda é precário.

Ao 2.º: P. — Qual êsse estado em relação às faculdades mentais?
R. — O de uma pessoa em estado de involução senil.

Ao 3.º: P. — E' êle susceptível de cura, em quanto tempo?
R. — Não. Pelo contrário, tende a se agravar.

Ao 4.º: P. — Tem necessidade de ser tratada em manicômio?
R. — No momento, não.

Ao 5.º: P. — Tem ela capacidade para reger a sua pessoa e bens?
R. — Não tem."

Foi decretada a interdição da paciente, que não pôde testar.

4. *Perícias retrospectivas.* — Perícias retrospectivas são as efetuadas após a morte do testador.

Quando um testamento é impugnado sob a alegação de que o seu autor, ao elaborá-lo, se não encontrava em estado de sanidade mental, impõe-se um estudo meticuloso da vida anterior do paciente, do seu estado mental desde a época em que testou até a morte e, finalmente, um exame acurado do documento, tanto no fundo como na forma.

Si o documento em estudo fôr de próprio punho, convém proceder-se também a um exame dos caractéres gráficos.

Importa, ao demais, para bem se interpretarem as razões que levaram o testador a ter agido desta ou daquela forma, examinarem-se a vida do paciente e as contingências que poderiam ter influído no momento em que deliberou fazer a distribuição dos seus haveres.

Cumpre ter-se em vista que o depoimento das testemunhas deve ser apreciado com inteira imparcialidade, atendendo às dificuldades para um leigo, embora culto, de ajuizar das condições mentais de determinada pessoa num dado momento.

Há, também, a se considerar que o fáto de não estar o paciente interditado ao aprovar o testamento em nada impede a contestação do mesmo. A lei diz claramente: "São incapazes de testar os loucos de todo o gênero e os que ao testar não estejam em seu perfeito juízo". Logo, o que cumpre provar é a ausência de discernimento ao testar.

As perícias retrospectivas são, muitas vêzes, motivadas pelos chamados testamentos excêntricos. Veja-se, por exemplo, o curiosíssimo testamento com que faleceu, em São Paulo, o Comendador Gil P., oca-

sionando ruidoso caso forense, de que se ocupou, com muito brilho e erudição, o eminente jurista Dr. PLINIO BARRETO, em dois alentados volumes — Um paranoico de grande tomo.

Consultado sôbre o documento em questão, redigimos o seguinte parecer :

CASO N.º 44. — *Parecer sôbre testamento excêntrico. Paranoia comprovada.*

Eu, o Dr. A. C. Pacheco e Silva, médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, diretor geral da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, tendo recebido uma consulta assim formulada

> "Diante dos presentes documentos que se oferecem : Pode-se afirmar que o testador Comendador Joaquim G. P. era um homem que estivesse em seu perfeito juízo, quando redigiu e assinou o testamento incluso ?"

depois de ter estudado detidamente os documentos e demais dados que conseguí coligir, passo a responder à consulta apresentada :

Para que o perito psiquiatra possa ajuizar da sanidade mental de determinado indivíduo no momento de testar, deverá considerar :

1) A vida anterior do paciente ;
2) O seu estado físico e mental no momento de redigir o testamento ;
3) O estado mental depois do testamento até a morte ;
4) O estudo do testamento, tanto no fundo como na forma.

Não me tendo sido dado conhecer o Comendador Joaquim G. P., procurarei reconstituir, tanto quanto possível, a sua vida anterior, valendo-me dos documentos que me foram fornecidos e dos numerosos escritos deixados pelo referido senhor.

A julgar pelas próprias palavras do testador, escritas em uma das suas muitas auto-biografias, encontradas entre os seus papéis, era êle portador de antecedentes psicopáticos dignos de registo. Referindo-se à sua vida na mocidade, diz, respeitadas a redação e a ortografia do autor : "...anno de 1783 exercendo eu este anno escrivão do Juiz Eleito da mesma freguesia da Orca sendo obrigado a largar deste cargo, demetindo-me para tomar conta do negócio da loja porque meu pai devido a uns *ataques apopleticos que lhe davão por causa dos excessos das bebidas alcoolicas perdeu a razão por algum tempo* e com o tratamento desta doença bastante nos atrazava as nossas finanças *porque minha mãe com nada se importava por causa do fanatismo da religião catholica de maneira que só as Egrejas, os padres, o confessionario e o rozario era todo o seu interesse* não tendo ambição nem interesse pelos bens da terra a concelho dos padres ajudando isto para que meu pai assim procedesse em nossa casa quasi que *não havia mulher devido ao fanatismo* com excesso que a obrigava a caminhar a pé 4 leguas para ir a um collegio dos Jesuitas de São Fiel onde passava grandes temporadas desamparando assim as obrigações domesticas e seu marido e filhos de maneira que tudo andava em desordem."

Êsse informe, que reputo de grande valia e digno de fé, narrado como foi pelo próprio autor, demonstra a tára psicopática que pesava sôbre o paciente e que, por certo, grande influência teve na formação da sua mentalidade e na conduta excêntrica revelada no decurso de sua vida. De fáto, os elementos colhidos no prefácio do seu livro "Primícias" e nos seus escritos inéditos, são índices evidentes das tendências paranóicas do Comendador Joaquim G. P., que os anos não fizeram senão agravar,

como comprova o seu testamento, documento curiosíssimo sob vários aspectos e que dá margem a interessantes cogitações psicológicas, si se quiser analisar com cuidado o seu conteúdo.

Em recente livro, GENIL-PERRIN (1) precisa, com grande clareza, os principais elementos cardiais que caracterizam a unidade psicológica dos paranóicos: 1) Sobrestima do eu; 2) Desconfiança hostil relativa ao ambiente; 3) Falsidade de julgamento; 4) Inadaptabilidade social.

Procurarei enquadrar, dentro dêsses elementos, os principais átos da vida do Comendador Joaquim G. P., valendo-me dos seus próprios escritos.

1) ORGULHO. — "L'orgueil des paranoïaques les conduit souvent à un mélange de narcissisme et d'exhibitionisme mental. Ils écrivent leur autobiographie et se racontent complaisamment, à eux-mêmes et aux autres, parce qu ils se considèrent comme l'objet le plus digne d'intérêt." (2).

"Qualche volta noi veniamo in possesso di vere autobiografie scritte per bisogno sincero di sfogo, per ricordo, per passatempo, ma anche, e non di rado, per millanteria o per prurito di polemica. L'amore del gesto o della posa solleva sul piedistallo, a qualche metro dalla realtà, ogni escrittore che parla di sè stesso e specialmente ogni autore di memorie personali. Tanto piú é da sospettare una deformazione della verità, quando chi parla o scrive é intinto di passioni morbose e di deliri. Ma anche le auto-apologie, le spavalderie, le menzogne, le fantasticherie deliranti, se sono classificate come meritano, diventano uno eccellente mezzo di diagnosi psicologica." (3).

Uma das preocupações constantes do Comendador Joaquim G. P., durante toda a vida, foi a sua auto-biografia. No seu livro "Primícias", editado em 1900, isto é, 27 anos antes de ter redigido o seu testamento, deparamos com o seguinte sub-título — Poema dos principaes factos da Historia do Brasil até a sua Independencia, por Joaquim G. P.... — Prefaciado com algumas passagens da sua vida — e, logo na primeira página, "Ficam reservados os direitos de Propriedade Litteraria do autor".

Nesta última parte há elementos que demonstram, já naquela época, a mesma mentalidade: "Apresentando ao publico este meu livro poetico, irei causar admiração áqueles que me conhecem há mais de dez annos e mesmo aos que ha pouco travaram relações commigo: certamente uns e outros dirão como São Thomé: Vêr para crêr.

Eu, porém, com a palpavel realidade, demonstrarei aos duvidosos o que me fôr exigido para se capacitarem do que aqui lhes afirmo: eis os meus versos, são meus pensamentos e minhas inspirações, e ninguem a isso porá segunda intenção, porque não tenho nem nunca tive collaboradores ou inspiradores que não fossem os meus livros, consequencias naturaes do meu pouco estudo, esforçando-me hoje para vêr se comsigo coroar com exito os resultados de minhas locubrações como consegui os outros na vida pratica e laboriosa.

Nem se diga tambem o que aqui está feito seja superior ou inferior às minhas forças intellectuaes, porque concedo aos duvidosos a syndicancia que lhes aprouver, desafiando-os desde já a dizerem-me o contrario do que affirmo.

Todo o homem bem aplicado consegue o que deseja, desde que empregue os meios precisos para o fim que se propõe; tudo depende de vontade, tempo e paciencia, se quereis resolver qualquer problema, ainda mesmo que muito difícil, desde que não seja inverosimil, estudae e calculae dedicadamente, que todos os obstaculos desaparecerão. Não tenhaes receio se alguma difficuldade se opposer aos vossos projectos, porque não ha rosas sem espinhos; não desanimeis, senão demonstrareis a vossa inaptidão e negligencia, e então ninguem se arriscaria a sahir de casa no tempo

(1) – *Les Paranoïaques.* París, 1927.

(2) – GENIL-PERRIN – *Les Paranoïaques.* Págs. 194/195. París, 1927.

(3) – TANZI e LUGARO – *Trattato delle Mallatie Mentali.* Vol. I. Pág. 503. Milano, 1914.

humido e frio, com medo de constipar-se. Quem ignora que homens, filhos da plebe, quasi sem instrucção e quasi sem recursos, luctando longos annos com embaraços de toda a sorte, hão chegado a ser os primeiros magistrados de nações importantes?

A que se deve tudo isso? Innegavelmente á constancia, estudo, calculos, força de vontade e meios acertados que empregaram.

Duvido que qualquer homem com essas qualidades não realize o que emprehender, desde que seja possivel e realizavel no conceito social: vêde o exemplo em mim, que com ser rude (na phrase de alguns invejosos e despeitados, que não conhecem os sentimentos humanitarios por que não se cultivam nem se applicam) creio não ter concebido cousa alguma que não haja conseguido, ainda que nenhum conhecimento della tivesse".

Como se depreende das linhas acima, era manifesto o orgulho do Comendador da sua pessoa, das suas qualidades, do seu talento, das suas aptidões.

Êle se considerava um indivíduo privilegiado, capaz de realizar tudo quanto a sua imaginação concebesse.

A propósito de tudo, nas diversas fases da sua vida, fazia sempre sobressair, usando por vêzes de falsa modéstia, o conceito elevadíssimo que fazia de si mesmo:

"...e logo que aqui cheguei fui para uma fabrica de velas de cêra, sem que anteriormente as tivesse visto fazer.

Retirei-me dalli, por divergencias pessoaes, após poucos mezes de permanencia, sendo já então mestre da fabrica". (1).

"...e, então, comprei cem colmeias, a prazo de seis mezes, e as levei para uma chacarazinha, onde comecei a lidar com ellas sem nunca ter visto ou saber a maneira e o modo por que eram cultivadas, principalmente aqui onde tinha chegado ha poucos mezes; mas com ellas fui aprendendo, mesmo porque a necessidade obrigava a assim proceder, e com energia e força de vontade, as quaes sempre presidiram todos os meus emprehendimentos, ganhei a pratica precisa, de modo que ellas proprias me ensinaram a cultival-as.

Tantas foram as minhas observações, adquiridas em um anno e meio, que ainda hoje, apesar de já terem passado vinte annos, seria capaz de escrever um tratado pratico de agricultura, se fosse preciso, e talvez mais explicito (ainda que resumido) do que alguns já publicados, no que respeita ao tratamento, cultivação, preparação de mel e cêra, e seus rendimentos e despesas". (2).

"...trabalhava noite e dia e o meu negócio tinha sempre incremento, devido á minha dedicação, economia e calculos acertados que executava, não mandando a outrem que fizessem o que eu podia e sabia fazer". (3).

"Depois dediquei-me á construcção de minhas casas, nesta cidade, sem que antes tivesse aprendido a technica das edificações, nem os materiaes e pessoal que se empregavam, o que não obstou a que eu mesmo dirigisse e calculasse a construcção da maior parte das que possuo, e das quaes tiro a renda necessaria para a minha subsistencia, sendo sempre os meus esforços bem recompensados, graças á minha norma de conducta que adopto e sempre adoptei". (4).

"Nunca suppuz nem imaginei, que em mim existisse o estro poetico, porém, uma vez que elle brotou, porque não ha de florescer?" (5).

"Ainda que foram poucos os meus estudos, é grande a minha vontade, que tudo o que emprehendo me faz conseguir". (6).

---

(1) – *Primícias.* Pág. 5.
(2) – *Primícias.* Pág. 6.
(3) – *Primícias.* Pág. 8.
(4) – *Primícias.* Pág. 8.
(5) – *Primícias.* Pág. 9.
(6) – *Primícias.* Pág. 9.

Referindo-se ao seu Poema histórico "...dividido em oito cantos, de modo que de hoje em diante qualquer menino brasileiro poderá cantar na escola a historia de sua patria, e deste cantico talvez tire maior proveito do que de outras poesias adoptadas".

"...sendo que diversas dessas notas supponho terem alguma importancia, e por isso as organizei ao cabo de bastante estudo e muito tempo ; pois, colligir apontamentos, coordenal-os e delles fazer um resumo elucidativo, não é emprego facil".

"Supponho que em vista dos meus minguados conhecimentos litterarios, muito faço eu, e outros em iguais condições e até com mais estudos, nem tanto produzem. Que digam os que me conhecem e que sabem onde tenho empregado minha actividade nos vinte e um annos que lucto pela vida nesta cidade, si durante esse largo espaço de tempo algum dia me viram cultivar as letras, a não ser agora, com o lêr nas horas vagas, a sós, alguns livros, mas com o estudo e a pratica, muito hei de realizar, e o futuro vol-o dirá.

Trabalhae que eu vos ajudarei — aconselhou Jesus Christo a seus discipulos".

Com o fêcho do seu prefácio, o Comendador Joaquim G. P. inscreve-se entre os paranóicos auto-didatas, fazendo timbre em salientar tudo realizar à custa do seu próprio esfôrço.

Dêles diz, ainda, GENIL-PERRIN (1): "L'autodidactisme est très frequente chez les paranoïaques et s'explique bien par leurs tendances speciales: Par orgueil, ils veulent acquérir une instruction qui leur permettra d'élever leur personalité; par reserve méfiant autant que par nécessité, ils poursuivent leurs études tout seuls, desireux de se rendre compte de tout par eux-mêmes ; par fausseté de jugement, ils absorvent sans discrimination toute cette pâture intelectuelle que leur offrent les éditions à bon marché ou les bibliothèques populaires ; et leur inadaptabilité se reconforte à cette évasion du réel qui les conduit dans les domaines inconnus de la pensée.

L'autodidactisme, entendu dans un certain sens, est presque un symptome de mentalité paranoïaque".

"Mais c'est presque toujours un paranoïaque, l'autodidacte type, celui qui, sans aucune préparation, s'embarque, presomptueux et seul, à la conquête de la science".

Vinte e sete anos depois de ter publicado o livro "Primícias", de onde extraí os dados já citados, redigia o Comendador o seu testamento, com as mesmas idéias egocêntricas, talvez ainda mais acentuadas, deixando sempre transparecer o conceito elevadíssimo que fazia da sua personalidade, traduzidos pela imodéstia, pela ausência de auto-crítica, pelas imposições, pelo modo condicional com que dispunha os seus haveres, próprios de uma mentalidade filauciosa, enfatuada, jactanciosa, blasonadora e opiniática.

A leitura de alguns trechos dêsse documento dá a convicção de que, no momento de testar, estava o Comendador mais preocupado com a perpetuação do seu nome, que com o benefício dos seus donativos. Nem a religião, nem a sua fé conseguiram suplantar os sentimentos egoísticos, por tal forma se achavam êles hipertrofiados.

Dir-se-ia ter o paciente elaborado o seu testamento procurando ludibriar a morte, que o obrigava a se separar do que adquirira com tanto esfôrço e trabalho.

Deu êle então tratos à sua imaginação, procurando uma fórmula de vincular para sempre o seu dinheiro ao seu nome, à sua memória, à sua figura, retratada a óleo ou fundida em bronze. Si assim pensou, melhor o fez :

"Os livros de que sou autor e os demais de minha bibliotheca assim como os meus escriptos ineditos, quadros de diplomas honrosos, o meu album de noticias

---

(1) – GENIL-PERRIN – *Les Paranoïaques.* Pág. 312

publicadas nos jornaes, escripturas de propriedades e tudo o mais que representar valor em documentos, serão archivados em archivo para esse fim destinado na sala da bibliotheca para esse fim reservada do "Patronato Profissional Commendador G. P.", ornada com os meus quadros de diplomas honrosos, o meu busto de bronze, os seus retratos e quadros historicos que estão na minha sala de visitas, o seu cofre de ferro, a minha secretaria, armario de papeis e livros, machina de escrever e demais enfeites que acharem apropriados".

"Deixo á Real e Benemerita Sociedade Portugueza de Beneficencia de São Paulo, da qual sou socio graduado com o meu retrato a oleo no salão de honra, a quantia de trinta contos de réis com a condição de colocar o meu busto em bronze, que será copiado do modelo de gesso que tenho em meu escriptorio, que lhe serão entregues quando já estiver exposto e inaugurado no salão de entrada do hospital, e mais cinco contos de réis para a conservação do meu tumulo e capela-jazigo no lugar em que ella se achar, trazendo-a sempre bem limpa e asseiada emquanto existir a sociedade, bem como perpetuamente a missa annual por minha intenção. A falta de qualquer destas condições, importa na nulidade dos legados acima referidos".

"Deixo á Irmandade da Sta. Casa de Misericordia de S. Paulo, da qual sou irmão benemerito, com o meu retrato a oleo no lugar de honra e placa de bronze na casa que eu mandei fazer no Asylo dos Invalidos de Guapira, com a condição de mandar construir dois edificios, etc., etc. "Este edificio será denominado "Escola Profissional Commendador Gil P. O outro edificio será construido no Asylo dos Invalidos de Guapira para abrigo de cegos dos dois sexos, em cujo edificio se estabelecerá escola e officinas de artefactos para cegos de ambos os sexos, de modo a produzirem para as despesas. Este edificio será denominado : "Patronato dos Cegos Commendador Gil P". Os dois edificios terão em letras gravadas em alto relevo (numa minuta encontrada no seu arquivo estava — em alto relevo em letras de ouro) na frente principal de cada um, as denominações acima descriptas por baixo dos bustos que encimarão as duas frentes. Nos regulamentos destas duas casas pias a cargo da Mesa da Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo, ficarão consignados feriados os dias vinte e quatro de janeiro (dia do meu nascimento), o dia do fallecimento e o dia de finados, para que o pessoal dos dois estabelecimentos seja obrigado a comparecer em todos os actos que me digam respeito, quer sejam religiosos ou profanos, archivando a copia deste testamento e expondo impressos em quadros estas disposições com o seguinte pensamento : Do trabalho nascem todas as virtudes".

"...para com suas rendas manter um Asylo Profissional de meninos orphãos de pae e mãe pobres, com o numero que puder sustentar internamente e externamente cujo asylo se denominará "Patronato Profissional Commendador Gil P.", o qual será installado nas casas de minha residencia..."

"O Sr. Arcebispo representante nato da legataria, além do Patronato acima referido inaugurará e manterá sob seu governo e responsabilidade, mais um Externato que se denominará "Externato Catholico Commendador Gil P." á imitação do Externato São José da Santa Casa de Misericordia, etc., etc. Os edificios terão na frente o meu busto e emblemas adequados e o letreiro do titulo bem visivel, além de outros ornamentos adequados".

"Estes dois estabelecimentos são facultativos ; porém se o Sr. Arcebispo instalar o abrigo de meninos, ainda que sob a tutela de qualquer congregação religiosa, será obrigado a denominal-o "Amparo Profissional Commendador Gil P.", sem esta denominação e sem a invocação de Nossa Senhora da Paz para a igreja não poderá fundar estes dois estabelecimentos pios, pois que todas as condições em nada prejudicam os preceitos da nossa religião".

"As duas glebas de terreno que possuo na chacara California, etc., etc., ... uma casa para a escola mixta com o meu nome "Escola Mixta Commendador Gil P.", sustentando e ratificando o que eu tiver feito, tanto os nomes das ruas, como o da Villa, que será "Villa Commendador".

Relativamente à sua capela-jazigo, faz as seguintes recomendações : "A capella será construida de cantaria lavrada, lisa das duas faces, de conformidade com a planta aprovada pela Mesa da mesma irmandade, com a cupula abobadada da mesma cantaria, encimada por uma haste que representa a Cruz de Christo, e na frente o meu busto de bronze, por baixo lavrado na pedra o desenho da custodia do S.S. ladeada por dois anjos, entre emblemas e guarnições conforme a planta, escrevendo onde convier a seguinte quadra :

Aqui jazem os meus ossos
Neste campo da egualdade
Pois que esperam pelos vossos
Quando Deus tiver vontade.

JOAQUIM G. P.

A porta da frente será de ferro fundido com desenhos sacros, e dos lados terá dois nichos com as estatuas de S. Joaquim e S. Gil, de pedra, de um metro de altura cada uma, os dois canteiros ajardinados, os degraus e soleira de marmore na entrada, o pizo da capella de mosaico ; o tumulo do lado do jazigo do Conde do Pinhal será feito de pedra artificial brunida e lustrada, tendo a forma de um caixão e em cima da tampa a minha figura deitada com a opa do Santissimo Sacramento e mãos postas, feita de gesso que tenho no escriptorio, que servirá de modelo aos de bronze que forem precisos nos lugares que este testamento diz...".

Redigido o seu testamento, satisfeito de ter cumprido tarefa penosíssima, tão penosa que não resistiu à tentação de deixar escrita, em meio do seu testamento, a seguinte exclamação : "Upa ! que estafa de tanto escrever !", descançou o Comendador, antegozando, nos dias que lhe restavam de vida, a ventura de ver a própria imagem por todos os cantos, o seu nome repetido e admirado como o de um personagem digno das maiores homenagens, tão grandes que não bastavam as que a sua mente elaborára, pois margem ainda ficou para outras mais "Nos casos da Irmandade da Santa Casa aceitar, resolverá se mais alguma cousa merece a minha memória, quer em sufrágios religiosos ou profanos, de modo a tornal-a perpetua pelo menos nos proprios estabelecimentos, com retratos a oleo, documentos, bibliothecas, etc."

O testamento, porém, não lhe permitiu dar expansão aos seus desejos ; era preciso que o seu sub-conciente, liberado das conveniências sociais que o obrigavam a disfarçar, sob o pretêxto de filantropia, o seu verdadeiro objetivo, traduzisse em verso o que realmente pensava. Escreveu então estas linhas, encontradas no seu espólio poético :

"Não tenho quem por mim chore
Quando em tristezas a morte
    Deploravel
Nem tão pouco quem me adore
Sinto faltar quem me exhorte
    Lastimavel

Nem quem se lembre de mim
No somno eterno do tumulo
    E' provavel
Para que a este mundo vim
P'ra fazer da vida um cumulo
    Toleravel

Não ha moedas sem reversos
Visto haver compensação
 Sou contente
Mudaram de phase os versos
P'la liberdade de acção
 Evidente

Meu nome será o herdeiro
Por isso serei lembrado
 Bom presagio
Se bem dispôr meu dinheiro
Elle será exaltado
 Co'apanagio

Sou livre em minhas acções
Dispondo como quizer
 Sem pendencia
Com liberdade de opções
Pro effeito que me approver
 Com prudencia".

Si no seu testamento o Comendador legou às instituições de caridade todos os seus bens, com a condição dos juros reverterem para o seu nome, nestes versos deixou espelhada toda sua alma, o que permite hoje fazer a inumação do seu sub-conciente, repositório do seu instinto egoista, fruto talvez da miopragia que trouxera do berço, mas que os anos e o espectro da morte ainda mais exacerbaram.

2) DESCONFIANÇA HOSTIL RELATIVA AO AMBIENTE. — "Tout ce qui lui arrive de mal en raison de son inadaptation sociale, de ses réactions inopportunes, de son incapacité, de sa fausseté de jugement, le paranoïaque a tendance à l'attribuer à l'animadversion des autres à leur mépris, à leur hostilité, à leur *jalousie*". (GENIL-PERRIN, págs. 203-204).

Nos seus vários escritos, o Comendador deixava frequentemente perceber a sua desconfiança relativa ao meio, buscando, antes de receber qualquer crítica, rebatê-las com antecipação:

"Nem se diga tambem o que aqui está feito seja superior ou inferior ás minhas forças intellectuaes, porque concedo *aos duvidosos a syndicancia que lhes approuver desafiando-os desde já a dizerem-me o contrario do que affirmo*". (1).

"Bem sei que entre estes ha invejosos que não *apreciam que os outros se salientem;* mas para elles tenho um topico de uma conferencia do erudito orador sacro Padre Dr. João Maria, realizada na Cathedral desta diocese no dia 17 de Maio do corrente anno, *que muito me aproveita neste caso* e que vou aqui exaral-a *para sciencia daqueles que tiverem essa indole;* "Os homens *não podem brilhar pelo talento, pela virtude, pelo patriotismo, pelos principios, num paiz em que todos são expostos ao veneno da inveja.* Quereis resposta melhor? Não vol-a posso fornecer de momento, mas *para esses enfermos de espirito o meu completo despreso*".

"Lutei sempre com falta de tempo e prática para organizar este livro, envidando os maiores esforços para conseguir contentar a todos os paladares, mas vejo que me é completamente impossivel *porque já estou certo que hei de ser criticado e quiçá inju-*

---

(1) – *Primícias*. Pág. 10.
NOTA – Os grifos são meus.

riado, recompensa esta que alguns julgarão ser a unica que posso merecer-lhes ao cabo de tanto trabalho, tantas locubrações e, sobretudo, de soffrer tantas insomnias com a confecção deste livro" (1).

"*Prevenindo a hipothese de alguns leitores não concordarem com quaisquer dos factos que vão aqui descriptos, posso-lhes affirmar que todos elles foram bebidos em boas fontes*, dignas de todo o credito, posto que nem a todos citem por ter-me isso parecido desnecessario". (2).

Daí se pode avaliar quanto era prevenido o espírito do Comendador, que julgava a todos despertar inveja. No seu testamento há provas evidentes de se ter agravado cada vez mais essa tendência, que não lhe permitia confiar siquer nos seus amigos mais dedicados:

"Os testamenteiros se vigiarão uns aos outros, podendo apontar qualquer falta em juizo inventariante ou outro, inclusive o criminal, quando não procederem correctamente com os seus deveres e criterios, aquele que cahir em falta".

Ao afirmar não ter herdeiros, o faz com tal veemência, que se diria desejar afastar uma hipótese que não lhe parecia descabida:

"...e, não tendo parentes, ascendentes, descendentes ou colateraes, pelo que julgo se qualquer pessoa se atrever a habilitar-se é falsa porque affirmo e juro ser filho unico (3), sem nunca ter compromissos de geração que me tornassem pai, nunca adoptei ou perfilhei pessoa alguma; e, não tendo herdeiros necessarios ou colateraes posso testar livremente de conformidade com a Lei, visto estar em meu perfeito juizo... etc.".

Os trechos que acabo de transcrever caracterizam bem os dois elementos principais — orgulho e desconfiança — que dominavam a mentalidade do testador.

Franco da Rocha, no seu "Esbôço de Psiquiatria Forense", assevera: "Dois traços importantes do caráter alterado, que forma o fundo, o alicerce da paranoia, fornecem elementos para que a divisão seja em dous tipos clínicos principais.

1) Tipo em que domina o sentimento exagerado da personalidade — a vaidade e o orgulho.

2) Tipo em que domina o caráter desconfiado, o sentimento de medo, ou antes a emoção contínua do receio".

"A extrema susceptibilidade, a desconfiança e o orgulho, são sentimentos que andam sempre juntos, fáto êsse confirmado por uma observação constante e banal. Na paranoia sempre serão encontrados êsses dois traços do caráter, ora isolados, ou antes com o predomínio de um dêles, e ora combinados e paralelos".

Êste último é o caso de que ora me ocupo.

3) Raciocínio falso. — "La fausseté du jugement dans la tournure d'esprit paranoïaque peut difficilement être étudiée à part, car elle préside à la totalité des opérations mentales du sujet et se trouve elle-même souvent sous la dépendance étroite d'états affectifs en rapport avec l'orgueil ou la méfiance. On ne peut donc la séparer de ces deux éléments". (4).

Confirmação do que diz o autor acima citado temos no caso em aprêço. A hipertrofia do eu levou o Comendador a julgar-se um poeta comparável a Camões, a quem chama de mestre, não percebendo o ridículo do seu livro de poesias, por êle

(1) – *Primícias*.

(2) – *Primícias*.

(3) – Vide, entretanto, Biografia-Testamento, encontrada entre os seus papéis, em que diz: "Ora eu com 18 annos e meu irmão com 16, tomamos conta das finanças de nossa casa debaixo de minha gerencia mas a nossa menoridade não offerecia influencia para o Commercio".

(4) – Genil-Perrin – *Les Paranoïaques*. Pág. 221.

considerado obra prima da literatura: "Nunca suppuz nem imaginei, que em mim existisse o estro poetico, porém, uma vez que elle brotou, porque não ha de florescer? Aproveito-o neste livro, obedecendo ás regras da magnifica e proveitosa que é a melodia da literatura, e que foi brilhantemente cultivada, e com grande exito, pelo nosso grande vate e mestre Luiz de Camões, cujas obras teem sido apreciadas por todos os povos cultos do mundo". (1).

Quem assim escrevia, encerrava o seu livro com a seguinte quadra, que dispensa comentários:

"Viva Dom Carlos, rei de Portugal!
E os patriotas da grande commissão
Viva o inclyto Ferreira do Amaral
E todas as pessoas que aqui estão".

Êsse raciocínio falso relativo ao seu talento poético permaneceu latente enquanto viveu e deveria ainda perpetuar-se, de acôrdo com os seus desejos, após a sua morte.

"...archivando a copia deste testamento e expondo impressas em quadros as disposições a cargo da Mitra, com o seguinte pensamento: "Do trabalho e religião nascem todas as virtudes" — e mais a seguinte oitava:

"O coração sensivel se engrandece
Ao exercer co'amor a caridade;
Então se expande quando se offerece
A occasião de tratar da humanidade,
Nestas virtuosas casas se conhece
Seu pulsar pelas obras de piedade
Santos teve dos Lusos a primeira
Casa de caridade brasileira".

Sôbre o seu túmulo, encimado pelo seu busto em bronze, entre o desenho da Custodia do Santíssimo Sacramento, ladeada por dois anjos, emblemas e guarnições, cuja planta deixou pronta, deveria ser inscrita a seguinte quadra:

"Aqui jazem os meus ossos,
Neste campo da egualdade
Pois que esperam pelos vossos
Quando Deus tiver vontade".

4) INADAPTABILIDADE SOCIAL. — Muito embora tenha logrado viver no meio social, sem manifestar completa inadaptação, chegando mesmo a fazer fortuna, não se pode dizer que o Comendador se tenha revelado um indivíduo perfeitamente integrado no meio em que vivia.

Nas suas narrativas há confissões que denunciam a sua falta de adaptação. Trabalhava sempre só e, nas vêzes em que foi obrigado a submeter-se a outrem, teve sempre divergências. Nunca conseguiu associar-se; a única vez que fez uma tentativa, essa deu mau resultado.

Diga-o êle próprio:

"Retirei-me dalli, por divergencias pessoaes, após poucos mezes de permanencia, sendo já então mestre da fabrica, e não mais quiz ser empregado de ninguem, apezar de não possuir dinheiro algum". (2).

---

(1) – *Primícias.* Pág. 9.
(2) – *Primícias.* Pág. 8.

"Somente uma vez, tendo feito sociedade com indivíduo que não conhecia, este pretendeu lograr-me para ficar com o meu pequeno capital empregado; porém, teve que ceder, devido a minha energia. Recorrendo ás autoridades judiciaes na proxima cidade a que chegamos, liquidei os meus negocios da Sociedade com tal féra humana, ainda que com prejuizo, dando graças a Deus por ter sahido incolume". (1).

Vivia também mal com os seus empregados, a ponto de se ver obrigado a fechar sua casa comercial.

"...de maneira que negociava folgadamente, só tendo difficuldade em encontrar pessoal que me auxiliasse; e por causa disto liquidei a minha casa commercial, denominada Casa Vermelha do Riachuelo, no anno de 1891, apezar do grande resultado que me dava".

Êle próprio reconhecia ter sido um indivíduo à parte da sociedade. Lá está em seus versos:

"Nem quem se lembre de mim
No somno eterno do tumulo
E' provavel
Para que a este mundo vim
P'ra fazer da vida um cumulo
Toleravel".

Confortava-o, porém, no fim da vida, a idéia de poder vingar-se do mundo, que o recebera tão mal:

"Não ha moedas sem reversos
Visto haver compensação
Sou contente
Mudaram de phase os versos
Pela liberdade de acção
Evidente".
"Meu nome será o herdeiro,
etc."

* * *

Os elementos colhidos são suficientemente demonstrativos do síndromo paranoide do autor do testamento que nos foi apresentado.

Não pude colher elementos que me permitissem ajuizar do estado de espírito do Comendador, depois de ter redigido aquele documento, de 28 de março de 1923 até a sua morte, que se verificou em Coimbra, aos 28 de novembro de 1926.

Por informações colhidas, sei, porém, que tal estado ainda mais se agravou, o que se explicaria perfeitamente pelos seus padecimentos físicos. Os médicos que o examinaram nos últimos anos de sua vida davam-no como atacado de artério-esclerose e de uma infecção urinária, consequente a um adenoma da próstata, de que veiu, finalmente, a falecer.

Discussão. — O testamento excêntrico do Comendador Joaquim G. P. levantou grande celeuma pelas disposições *sui-generis* que tantos embaraços criou aos legatários. A Santa Casa de Misericórdia renunciou os legados instituídos em seu benefício, por não convir à Irmandade, em absoluto, a aceitação dos encargos exigidos pelo testador. A Mitra seguiu-lhe o exemplo, tão absurdas lhe pareceram as condições exigidas. A Câmara ainda se não pronunciou definitivamente. Diante disso, pergunta-se si estaria o Comendador em seu perfeito juízo, quando redigiu e assinou aquele documento.

---

(1) – *Primícias.* Pág. 8.

Justifica-se tal pergunta, porquanto, não obstante ter o Comendador sempre revelado tendências paranoides, isso não o impediu de agenciar a sua vida até com sucesso financeiro, como sóe acontecer em muitos dêsses casos.

AFRÂNIO PEIXOTO, na sua "Psicopatologia Forense", diz: "E' que o paranoico é um louco com juízo", que raciocina certo sôbre premissas erradas ou falsificadas, que se atribue méritos, direitos, vantagens pessoais, que não arrisca levianamente".

"Por isso raramente vão ter aos hospitais, já afirmava FRANCO DA ROCHA no seu "Esbôço de Psiquiatria Forense" — "Casos extremos, sem ilusões ou alucinações, são raros nos hospitais; quando aparecem são sempre os imbecís. Ao contrário, são mui comuns na sociedade, e nem exigem que os pacientes sejam fracos de espírito — tanto é verdade que aí se encontram indivíduos de inteligência acima do comum, desequilibrados, porém, e que tudo interpretam segundo o prisma do seu defeituoso caráter".

E ainda se referindo a êles: "*Quanto poeta e quanto literato pascasios não há por êste mundo a reclamar um lugar neste capítulo*!..."

"Deve-se ter sempre em vista a relação que há entre o indivíduo e o assunto que lhe ocupa a mentalidade. No paranoico, sob êsse ponto de vista, é mais frequente a disparidade completa. Quantos analfabetos não temos nós visto a ocupar-se de assuntos de alta política e sociologia!... *Quantos indivíduos não se têm como poetas, só porque consegvem rimar meia dvzia de palavras*!..."

Tal é, exatamente, como já vimos, o caso do Comendador.

Devem tais indivíduos, sobretudo quando redigem testamentos extravagantes, ser considerados no seu perfeito juízo, no momento de testar?

O insigne LEGRAND DU SAULLE, cujos trabalhos de psiquiatria forense constituem, ainda hoje, a maior fonte de estudos dessa natureza, cita, no seu "Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie - Paris 1879", um grande número de observações, buscando esclarecer a Justiça nesse particular.

LEGRAND DU SAULLE transcreve e comenta vinte e quatro testamentos excêntricos, entre os quais, o que êle reputa mais interessante, circunstância curiosa, o de um Comendador português — José Joaquim da C. M., gentilhomem da Câmara do Rei de Portugal e conselheiro da embaixada portuguesa, morto em París, deixando grande fortuna e 71 testamentos e codicilos.

Vejamos o que entende LEGRAND DU SAULLE por excentricidade:

"L'excentricité consiste dans une disposition anormale de l'intelligence, avec défaut presque complet de jugement. Sans être à proprement parler un état pathologique, elle s'éloigne cependant de la rectitude mentale commune et elle peut inspirer plus d'une décision non motivée et plus d'un acte contestable".

"L'excentrique se sent à l'étroit dans le monde des réalités. Extrême en tout, exagérant tout sans motifs, il recherche volontiers les paradoxes, les doctrines malsaines et les théories risquées".

"Chaque excentrique a une dominante. Celui-ci est orgueilleux, celui-là hipochondriaque; tel autre, inventeur au petit pied, n'a ni suite, ni méthode, ne fécondre rien de ce qu'il entreprend, poursuit d'inssisissables chiméres, se lance dans la voie de expérimentation, n'est arrêté par aucune impossibilité, intimidé par aucune conséquence, et il se ruine en ruinant tous les siens. Il n'en conserve pas *moins sa ridicule exagération du moi, son attitude satisfaite, sa démarche havtaine et cette déplorable tendance à se poser en homme extraordinaire et évidemment destiné à accomplir de grandes choses.* En l'entendant parler de "*son intelligence*", on s'attend *presque à lui voir aborder la complaisante énumération des haut faits de "son genie"*.

NOTA – Os grifos são meus.

Présomptueux, ne voulant ressembler à personne, *désireux d'occuper l'attention,* cherchant *par tous les moyens possibles* à *faire parler de lui,* il prémédite des choses étranges ou des paris grotesques, soulêve des incidents ridicules *et formule* les propositions les plus déraisonnables, ne reculant devant rien, ni devant l'hypocrisie et le mensonge, ni devant le dérèglement et le cynisme. Il invente des mystifications de l'ordre le plus inattendu et se prête à leur exécution, n'a de respect pour rien, est avide de l'extraordinaire, prend plaisir à être pour tout le monde un sujet d'étonnement, imagine pour lui-même le genre de vie le plus anormal, se met en révolte ouverte avec tous les usages reçus, *impose avec audace ses caprices les plus malséants,* combat toutes les traditions *et tente de leur substituer ses idées et ses procédés.* Plus on remarque ses singularités et plus il se sent entrainé à accomplir des étrangetés nouvelles. Pour lui, l'attention publique est une prime d'encouragement. Le récit dans les journaux de ses aventures lui crée *une physionomie à part, une* personnalité distincte, et l'excentrique en arrive à se persuader qu'il est "quelqu'un".

"Au demeurant, cet homme, qui n'est ni un sage, ni un fou, appartient d'ordinaire à une famille de névropathes, de convulsifs, *d'apopletiques,* d'aliénés ou de suicidés, et, dans le langage de la science, on *l'appelle un prédisposé, un héréditaire, et même un cérébral.* Surnuméraire permanent de l'aliénation, il reste sur la frontière de la raison et de la folie, suscite sur son propre compte les opinions les plus divergentes, mais peut difficilement se faire prendre au sérieux. Incorrect rejeton d'une famille à tares pathologiques, il répresente à sa façon un passé morbide en voie de transformation".

"Après avoir vécu d'une façon singulière, l'excentrique fait son testament d'une manière bizarre, plaisante ou grotesque ; il imagine les clauses les plus imprévues, parfois même les plus déraisonnables, lègue sa fortune à une personne à laquelle il n'a jamais parlé, à son chien ou à son chat, et *donne les instructions les plus méticuleuses* pour le cérémonial de ses funerailles (1). Dans son acte de dernière volonté l'excentrique peut tout dire, tout ordonner, tout oser".

"La loi *ne pouvait pas prévoir l'excentricité en matière de testaments.* Elle l'accepte donc, mais la discute. La justice a la plus grande latitude d'interpretation, et tout en respectant parfois les ordres saugrenus, d'un testateur, elle n'en délie pas moins certains légataires de l'accomplissement de volontés irréalisables ou voisines de la mystification. *Evidemment, si l'excentricité dépasse toute limite et entre de plein pied dans le domaine de la pathologie,* l'acte testamentaire retombe sous l'application de l'article 901 (2) du Code Civil, et l'on procede alors vis-à-vis d'elle comme on le fait vis-à-vis de la folie".

A seguir, LEGRAND DU SAULLE passa a dar vinte e quatro exemplos de testamentos excêntricos.

Ninguém se recusaria a enquadrar o testamento do Comendador Joaquim G. P. entre os de LEGRAND DU SAULLE.

No resumo final do capítulo sôbre as excentricidades em matéria de testamento, LEGRAND DU SAULLE conclue :

---

(1) – "O enterro será de modo que os meus testamenteiros resolverem ; porém com missa de corpo presente na egreja mais perto do meu leito de morte, com encommendação, distribuindo aos pobres se lá os houver assistindo a missa, cem mil réis em notas de mil réis a cada um, tendo cuidado de repetição, sendo para esse fim annunciada, nada deixando faltar no percurso do meu enterro e nem á missa do setimo dia com "Requiescat in pace" que será na egreja de S. Francisco, depois de annunciada com as esmolas de trezentos mil réis aos pobres que assistirem á mesma missa, distribuidos á sahida em cedulas de mil réis a cada um, tendo o cuidado de repetição de esmola á mesma pessoa" (Do testamento do Commendador Joaquim G... P...).

2) – Artigo 901 do Código Civil Francês : "Pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit".

NOTA – Os grifos são meus.

"1.º) L'excentrique n'est ni un sage, ni un fou. Il peut faire *le testament le plus imprévu et imaginer des clauses absurdes, très embarassantes pour les héritiers ou tout à fait inexécutables.*

2.º) L'excentricité n'est point interdite en matière de testaments. La justice, par diférence pour la liberté du testateur, respecte même souvent certaines dispositions très originales ou plus que singulières, et en ordonne l'exécution.

3.º) Lorsque la frontière *tolérée de l'excentricité vient à être franchie, l'acte testamentaire est contesté pour cause de folie et les tribunaux décident selon les formes ordinaires*".

Não temos dúvida em incluir o testamento do Comendador Joaquim G. P. no último grupo de Legrand du Saulle. Aliás, assim procedendo, seguimos as pègadas do grande alienista francês, que, referindo-se ao delírio parcial (monomania), conclue :

"1.º) Dans le délire partiel, les facultés mentales sont manifestement *lesées sur un point,* mais elles paraissent *avoir conservé sur tous les avtres l'intégrité de leur fonctionnement.*

2.º) Lorsque l'acte testamentaire a été consenti et dressé tout *à fait en dehors des manifestations du délire partiel et qu'il semble complètement étranger à toute suggestion pathologique, on peut le considérer comme étant l'indice d'un cerveau sain et le couvrir de la protection de la loi.*

3.º) *Si le testament a été, au contraire, en rapport direct avec l'idée fixe et le cercle habituel des conceptions délirantes, il pevt n'émaner que d'un jugement faussé et d'une volonté malade.* La disposition est *alors celle d'un fou et ne commande point le respect*".

Ora, positivamente as disposições testamentárias do Comendador se prendem diretamente à idéia fixa, à vontade mórbida de se fazer passar por uma personalidade excepcional, à hipertrofia dos seus sentimentos excêntricos.

Isso pôsto, respondo à consulta que me foi endereçada —

"Pode-se afirmar que o testador, Comendador Joaquim G. P. era um homem que estivesse em seu perfeito juízo, quando redigiu e assinou o testamento incluso?"

Resposta. — No meu entender — Não.

A. C. Pacheco e Silva.

5. *Testamentos dos moribundos.* — Entre os testamentos contestados figuram também, com frequência, os aprovados nos últimos momentos da vida, em circunstâncias difíceis de se afirmar se o paciente, ao testar, estava ou não em seu perfeito juízo.

Legrand du Saulle (1) ensinava : "Conforme a natureza da última moléstia, o moribundo pode fazer um testamento válido, discutível ou nulo".

As dificuldades na apreciação de um testamento deixado por um moribundo são inda maiores quando os depoimentos dos médicos assis-

---

(1) – Legrand du Saulle – *Etude Médico-Légale sur les Testaments contestés pour cause de la folie* Paris, 1879. Pág. 120.

Nota – Os grifos são meus.

tentes são contraditórios. Entretanto, muitas vêzes o psiquiatra logra encontrar elementos que lhe permitem chegar a uma conclusão. Eis, por exemplo, a resposta a uma consulta dêsse gênero, que nos foi endereçada :

CASO N.º 45. — *Testamento aprovado "in extremis". Disenteria bacilar. Uremia. Contestação.*

Eu, o Dr. A. C. Pacheco e Silva, diretor geral da Assistência a Psicopatas, membro da Academia Nacional de Medicina, etc., etc., fui procurado pelos Drs. Aureliano Guimarães e J. Gonçalves de Andrade Figueira, que me endereçaram a seguinte consulta :

> "Diante dos documentos que se oferecem e das circunstâncias em que faleceu : — Pode-se afirmar que o testador Sr. Antonio de A. C. estava em seu perfeito juízo quando, já impossibilitado de escrever, pediu que por êle assinassem o testamento redigido, a seu pedido, pelo notário Virgílio Pompêo de Campos Toledo?"

De posse dos documentos apresentados, depois de os ter lido e sôbre êles meditado, percorrendo todas as peças do processo, passo a responder à consulta feita, procurando antes reconstituir os fátos e fundamentar o meu parecer nos elementos que pude colher.

Às dezoito horas do dia 21 de julho de 1931, em sua residência à avenida B. L. A., n.º X, nesta capital, faleceu o Sr. Antonio de A. C., brasileiro, com 66 anos, comerciante, natural de Limeira, neste Estado.

Viuvo, sem filhos, espírito metódico, parcimonioso, muito dedicado ao trabalho, logrou o Sr. Antonio de A. C. reunir fortuna relativamente considerável. Poucas horas antes de morrer, fez o Sr. Antonio de A. C. o testamento que é agora contestado por alguns de seus sobrinhos, que intentam uma ação de nulidade do mesmo, sob a alegação de ter sido feito quando o testador já se não encontrava em seu perfeito juízo, tanto assim que, já impossibilitado de escrever, pediu a uma testemunha que por êle assinasse o documento redigido, a seu pedido, pelo tabelião Virgílio Pompêo de Campos Toledo.

Reconstituindo os fátos, verifica-se que o Sr. Antonio de A. C. vinha, alguns meses antes de sua morte, apresentando sinais de uma arterio-esclerose generalizada, caracterizada por hipertensão arterial, estado vertiginoso, zoadas nos ouvidos, tremores, insônias, irritabilidade, albuminúria e crises de insuficiência cardíaca.

Adoecendo gravemente, atacado por uma disenteria bacilar — tipo Flexner — o paciente teve os seus padecimentos muito agravados, vindo a falecer 5 dias após ter caído doente.

O óbito foi verificado pelo Dr. A. F., que assistiu o paciente no decurso da moléstia, atestando :

"*Doença* — Colite disenteriforme aguda.
Causa da morte — Uremia com assistolia.
Observações — Peço a inumação precoce, porque a moléstia indica uma possível decomposição rápida".

A doença — colite disenteriforme aguda — se comprovou não só pelos sinais clínicos, como pelo exame das fézes, cuja cultura revelou a presença de bacilos disentéricos do tipo Flexner (Dr. Martin Ficker).

A uremia, que, juntamente com a assistolia, provocou a morte do paciente, se evidenciou também por sinais clínicos e pela verificação da taxa de uréia no sangue, feita na véspera do falecimento do doente pelo Dr. Walter Haberfeld, que encontrou 1,595 milgrs. por litro.

Durante a moléstia que o vitimou, caiu o paciente em estado de extrema debilidade, tendo dejeções frequentes, com eliminação de muco e sangue. Tinha sêde intensa, dispnéia, taquicardia e fenômenos de insuficiência cardíaca. O estado toxêmico se agravou nos últimos dias que precederam à morte, consignando-se : sonolência, estado de torpôr interrompido, segundo várias testemunhas, por crises de excitação psíquica e idéias delirantes. Muitas pessoas, que o visitaram nos seus últimos dias, referem ter êle tido naquela ocasião dificuldade em reconhecer os que o cercavam. Há, entretanto, outras testemunhas, igualmente idôneas, que afirmam o contrário, isto é, ter o paciente conservado perfeita lucidez até à morte. Entre estas figuram o médico que atestou o óbito e o tabelião que redigiu o testamento.

Existindo, neste caso, como sóe muitas vêzes acontecer, opiniões discordantes, no tocante ao estado mental do paciente no momento de testar, o perito psiquiatra, convidado a dar o seu parecer, deverá não só analisar a prova testemunhal, como ainda considerar três questões capitais, a saber :

1.ª) Qual a afecção que vitimou o testador?

2.ª) As faculdades mentais podem se apresentar alteradas em casos semelhantes?

3.ª) Qual seria, no momento de testar, o estado mental do falecido?

PRIMEIRA QUESTÃO. — Não padece dúvida de ter o Sr. Antonio de A. C. falecido em consequência de uma disenteria bacilar (tipo FLEXNER), agravada por uma uremia e pela assistolia que se instalou no período final da doença.

O depoimento dos médicos que o assistiram, os sintomas clínicos apresentados pelo paciente, a terapêutica empregada, os exames de laboratório, os dizeres do atestado de óbito, inclusive a observação pedindo a inumação precoce — são elementos concordantes e positivos em favor daquela asserção, isto é, de que o paciente faleceu de uma *toxi-infecção disentérica*, associada a um estado urêmico.

SEGUNDA QUESTÃO. — Há, no caso, a considerar o estado mental dos indivíduos atacados de disenteria, os sinais clínicos da artério-esclerose cerebral, o estado mental dos urêmicos e, ainda, o estado mental dos moribundos, porquanto o testamento em aprêço foi aprovado *in extremis*.

1.º) *Estado mental dos indivíduos atacados de disenteria bacilar :* "O bacilo disentérico (1), conquanto se localise no grosso intestino, elabora toxinas que se difundem por todo o organismo, determinando uma toxi-infecção, cuja intensidade varia com cada caso".

"O sistema nervoso central e periférico também pode ser comprometido. Há casos de trombose do sinus (LAVERAN) devidos aos germes vulgares, ou às lesões parenquimatosas provocadas pela toxina disentérica. Neste último caso, observam-se fócos de amolecimento no eixo cinzento (encefalite, mesencefalite, mielite). Enfim, os nervos periféricos podem ser atacados por uma nevrite parenquimatosa com degeneração valeriana".

Provocando, assim, uma toxi-infecção generalizada, a disenteria bacilar pode acarretar os mesmos distúrbios psíquicos consignados em outras toxi-infecções. Verdade é que as disenterias bacilares do tipo FLEXNER não são das mais graves,

---

(1) – DOPTER. *In* "Novo Tratado de Medicina, de G. H. ROGER, F. WIDAL e P. J. TEISSIER. Fascículo III. Moléstias infectuosas, pág. 280. Capítulo — A disenteria bacilar. Disenterias diversas. A amibiase".

não tendo as suas toxinas a virulência das do bacilo disentérico do tipo Shiga, o que não impede, entretanto, de se registrar o aparecimento de distúrbios psíquicos no seu decurso.

Entre as desordens psíquicas elementares, assinaladas nas toxi-infecções de origem intestinal por G. Sée, Bouchard, Krishaber e outros, há a mencionar — torpor psíquico, cefaléias, vertigens, insônia acompanhada de alucinações, pesadêlos e às vêzes delírio.

A Régis, porém, cabe o mérito de ter descrito, de forma magistral, a confusão mental, tipo clínico observado em todas as infecções agudas, isto é, a psicose característica dos estados de envenenamento do organismo.

Ao descrever a sintomatologia da psicopatia das infecções, diz aquele notável alienista (1):

A psicose infecciosa reveste ordinariamente uma das formas da confusão mental aguda, em particular a forma do delírio onírico alucinatório, ou a do delírio agudo meningítico, às vêzes mortal. Êsse estado onírico ou de sonambulismo agudo, por assim dizer, se acompanha de uma agitação mais ou menos viva, algumas vêzes de paroxismos violentos e frequentemente também de impulsões panfóbicas, no decorrer das quais *os doentes, apavorados pelos terrores alucinatórios, se erguem bruscamente do leito e procuram febrilmente se esconder ou fugir pela primeira saída que se lhes depara.* E' a razão habitual das precipitações pela janela, tão comuns em todas as psicoses de intoxicações ou infecções graves, em relação às quais se deve estar prevenido.

Durante o estado post-febril e de convalescença, tem-se a considerar principalmente a forma astênica da confusão mental, variável em grau e duração, mas constituída, essencialmente, por desarranjo intelectual, obnubilação, estupidez, pela pseudo-demência com ou sem delírio e agitação.

2.º) *Sinais clínicos da artério-esclerose cerebral.* — A sintomatologia da artério-esclerose cerebral se confunde, muitas vêzes, com a da demência senil. À cefaléia, ao estado vertiginoso, à insônia, à apatia, à tristeza, à hiperemotividade, vêm se reunir, frequentemente, sobretudo nos cardíacos e nos renais, perda da atenção, da auto-crítica e da memória para os fátos recentes, estado ansioso, ilusões, alucinações e idéias delirantes. À medida que a afecção progride, registra-se um rebaixamento progressivo das faculdades intelectuais, afetivas e morais, até a demência terminal.

3.º) *Estado mental dos urêmicos.* — Os distúrbios psíquicos consequentes à auto-intoxicação renal, à azotemia, foram assinalados por Lasègue e, posteriormente, estudados, entre outros, por Raymond, Dieulafoy, Ballet, Cullere, Juquelier e sobretudo por Pierret, que demonstrou a possibilidade de se encontrarem, no brightismo, distúrbios nervosos os mais variados, desde a cefaléia com torpor intelectual até o delírio agudo febril e mortal.

As desordens psíquicas elementares encontradas com maior frequência na intoxicação urêmica se traduzem por um estado de torpor intelectual e pelo aparecimento de desordens psíquicas noturnas, caracterizadas por pesadelos, alucinações e sobretudo pelo delírio onírico, a que já nos referimos, a propósito dos distúrbios mentais nas toxi-infecções.

Além dêsses distúrbios psíquicos elementares, observa-se nas auto-intoxicações renais, diz Régis, um quadro clínico conhecido sob a denominação de psicose urêmica, que pode ser aguda ou crônica.

Ao lado dos sinais clínicos da intoxicação urêmica — dispnéia, desordens oculares e cardíacas, edemas, insuficiência urinária, albuminúria, etc. — aparece a confusão mental simples com delírio onírico, que se exterioriza em geral durante a noite, para desaparecer pela manhã, ou se manifesta tanto de dia como de noite.

Todos os estados de uremia grave, dizem Tanzi e Lugaro, sobretudo no período terminal, se acompanham de distúrbios psíquicos.

---

(1) – Régis – Pág. 714. *Précis de Psychiatrie.* 5.ª edição.

Essa opinião tem sido universalmente aceita por autores da maior nomeada, entre os quais KRAFFT-EBING, KRAEPELIN, BUMKE, WEIGANDT, ROGUES DE FURSAC, LAIGNEL-LAVASTINE, DUPRÉ, CLAUDE, SEGLAS, BLEULER, W. WHITE, CHURCH, PETERSON, ROXO, MAGALHÃES LEMOS, JULIO DE MATOS, JULIANO MOREIRA, etc.

Há casos em que se observam remissões mais ou menos notáveis que permitem ao urêmico coordenar momentaneamente as suas idéias, dando respostas acertadas e coerentes, para cair de novo no estado de obnubilação mental. Tais remissões, porém, não ocorrem no período terminal, quando o organismo, já esgotado e profundamente intoxicado, não tem mais fôrças para reagir.

4.º) *Estado mental dos moribundos.* — LEGRAND DU SAULLE, que estudou atentamente o estado mental na agonia, entendia ser possível separar em três grupos distintos as moléstias que conduzem à morte.

Num primeiro grupo seriam incluídas as numerosas afecções que nunca se acompanham de delírio. Nestas, não sòmente a inteligência permanece intacta até o fim, mas adquire por vezes uma notável penetração.

Num segundo grupo, que é o que nos interessa, figurariam as moléstias capazes de agir secundàriamente sôbre o cérebro. As faculdades mentais permaneceriam num estado mixto e o doente teria, por assim dizer, um pé na razão e outro no delírio.

O terceiro grupo seria constituído pelas moléstias que atingem diretamente o cérebro e que sempre se acompanham de perda do entendimento.

O caso de que ora nos ocupamos deve ser incluído, evidentemente, entre os do segundo grupo, por isso que se não pode negar a frequência de perturbações psíquicas nas toxi-infecções, sobretudo no período terminal da uremia.

No decurso das doenças prolongadas, em organismos debilitados, em consequência de grande desnutrição, o sistema nervoso se torna de uma impressionabilidade extrema: a menor causa, o menor sofrimento, por mais insignificante que pareça, pode perturbar o curso do pensamento. Tal fenômeno traduz a influência sôbre o cérebro do distúrbio de um órgão distante, ou trai a participação do encéfalo à debilidade geral.

Segue-se, para o paciente, uma série de oscilações intelectuais e de irresoluções extremamente curiosas a observar. Manifesta-se nesses momentos tal mobilidade de espírito que as idéias as mais contraditórias vão sendo adotadas, para serem depois abandonadas; tais indecisões do sentimento e da razão vêm demonstrar ao médico que a vontade não mais se conduz e que a atividade vai logo cessar de obedecer à sua influência. Nesse estado, quando a vida abandona lentamente os centros nervosos, é que se registra o chamado terror dos moribundos, isto é, êsse sub-delírio entretido por alucinações, ilusões sensoriais e por sonhos fantásticos, agindo sôbre uma imaginação cujo princípio coordenador mal se coordena ou já cessou de existir.

Verificam-se, algumas vêzes, nesse estado, períodos em que o indivíduo parece ter perfeita clareza de idéias, mas sempre com alternativas. A vida se extingue assim, como uma lâmpada bruxoleante, cuja chama, ao se apagar, deixa escapar os seus últimos lampejos.

Em medicina legal, as incertezas mentais que assinalam as horas derradeiras e cujos reflexos vão se inscrever num áto solene, levantam, frequentemente, tempestades que o médico assistente talvez tivesse podido prevenir, são palavras de LEGRAND DU SAULLE. Tal e qual como sucedeu no caso de que me ocupo.

TERCEIRA QUESTÃO. — Várias testemunhas que depuseram no processo, como se depreende dos autos, declararam ter o paciente apresentado, nos últimos dias da doença, distúrbios psíquicos, que assim descrevem:

— D. Cândida A. de S., legatária de 50 contos, diz que o Sr. Antonio de A. C. estava efetivamente muito doente, tanto que veiu a falecer, e desde a véspera de sua morte desconhecia pessoas mesmo de sua intimidade; que na véspera do falecimento o *de cujus* estava tão mal que desconhecia todas as pessoas que iam visitá-lo ou com êle falavam; que na terça-feira, dia 21 de julho, dia do falecimento, Antonio de

A. C. teve uma reação, parecendo apresentar certas melhoras; que nesse dia ora parecia muito ruim, delirando mesmo; que no dia em questão, mais ou menos onze horas, Antonio de A. C., erguendo-se do leito em ocasião de fazer necessidade, não quis voltar para a cama e pretendeu caminhar em direção à copa, falando que lá havia polícia e o queriam roubar.

Diz ainda, essa mesma testemunha, que depois que o tabelião Pompêo e algumas pessoas entraram no quarto e leram lá qualquer coisa, que a depoente entrou imediatamente no quarto onde estava o seu padrinho deitado e que falando com êste não foi pelo mesmo reconhecida; que assim a depoente o afirma, porque o seu padrinho não lhe respondia às perguntas e disse quem é a senhora, que a depoente estranhou extraordinàriamente êsse desconhecimento e viu mesmo que o seu padrinho estava muito mal; que na segunda-feira, isto é, na véspera do falecimento do seu padrinho, o estado dêste era de completa prostração, estado, por assim dizer, largado.

Outra testemunha, D. Olga A., informa ter estado no dia 21 de julho de 1931, na residência do Sr. Antonio de A.C., cujo estado era muito grave, tanto que não foi pelo mesmo reconhecida, não obstante conhecê-la muito, embora os que o cercassem houvessem chamado a sua atenção para ela, dizendo tratar-se da viuva de um antigo empregado da casa C.

Uma terceira testemunha, o Cel. Marcolino B., afirma ter visitado o Sr. Antonio de A. C., de quem era muito amigo, na véspera do seu falecimento, não sendo reconhecido pelo paciente, que não articulou palavra na sua presença e que, ao ver dêle, depoente, estava muito mal. Disse ainda que, no seu entender, na ocasião em que viu o Sr. Antonio de A. C., êste não estava em condições de fazer declarações ou conversar, porque o mesmo nem siquer atendia, ao que diziam.

Uma quarta testemunha, o Dr. Carlos B. S., médico, amigo do paciente e que, acidentalmente, se encontrava em visita ao mesmo, nas vésperas do seu falecimento, tendo auxiliado os colegas durante uma sangria que lhe foi feita, declara: que por essa ocasião o Sr. Antonio de A. C. estava no estado de um intoxicado e só mediante solicitações reiteradas, acompanhadas algumas mesmas de toques, é que respondia às perguntas que lhe eram feitas; que essas perguntas eram respondidas com lucidez; que, segundo ao ver do depoente, uma pessoa no estado que então se encontrava o Sr. Antonio de A. C., nessa ocasião, não é o de um homem que esteja em perfeito juízo com possibilidade de ditar declarações e enxergar ou ler manuscritos que lhe fossem apresentados; que nessa ocasião o estado do Sr. Antonio de A. C. era o de um urêmico em ligeiro torpor; que até onde pode ir o raciocínio científico do depoente, pode afirmar que um urêmico pode até sarar da uremia, mas se 24 horas depois ou 48 horas depois da ocasião em que o urêmico foi visto e examinado, há um desenlace fatal, toda a probabilidade é que a moléstia haja se agravado e evoluído; que nestas condições ao depoente parece não ser possível que no dia do falecimento, verificado, efetivamente, pela uremia, pudesse o paciente ditar declarações, ler manuscritos e estar em perfeito juízo.

A testemunha D. Olga S. confirma as declarações da primeira testemunha D. Cândida A. de S., dizendo ter estado no quarto do mesmo no dia 21 de julho, que o mesmo pareceu não a reconhecer, por isso que lhe fez perguntas relativas à sua fazenda de café, quando a mesma nunca foi fazendeira. Declarou mais que o paciente, no dia do seu falecimento, pela manhã, ergueu-se do leito e pareceu querer ir ao vaso, mas em seguida caminhou para o lado da copa, dizendo que ia chamar a polícia, pois havia ladrão lá; que na ocasião em que Antonio de A. C. pulou da cama e parecia desesperado e com a fisionomia aflita; que com o barulho das palavras do mesmo, o Dr. Reinaldo C. que estava na copa da casa, veiu logo e com D. Ana, irmã do Sr. Antonio de A. C., agarraram êste e o conduziram novamente para o leito.

Essa mesma testemunha declarou também que o paciente, nessa ocasião, ora parecia querer reconhecer as pessoas e ora não o fazia e dizia cousas sem nexo e que, no dia em que faleceu, o Sr. C. ora se apresentava em completa prostração e ora agitado.

Hermenegildo V. B. declarou que o estado da vítima era grave no dia 20 de julho e que indo visitá-lo, em companhia de sua espôsa, não foram reconhecidos.

Voltando no dia seguinte, não foi também reconhecido pelo paciente.

O notário que redigiu o testamento, Sr. Virgílio Pompêo de Campos Toledo, assim como as pessoas que testemunharam o áto, afirmam, entretanto, que o paciente estava em seu perfeito juizo quando aprovou o documento.

Cumpre, entretanto, não se olvidarem as palavras de LEGRAND DU SAULLE: "O mais honesto e o mais distinto tabelião não chega a ser senão um clínico deplorável e um mau alienista". Que juízo se faria de um médico, o mais probo, que se investisse um dia, mesmo num caso de calamitosa urgência, das funções de notário ou de ministro de culto? Na sua tarefa improvisada, ultrapassaria êle todas as regras do justo e do direito e se tornaria até ridículo. *Cuique suum.* As afecções do cérebro são, também, desconhecidas para o notário como o são as afecções do pulmão, do coração ou do fígado. A incompetência dêsse oficial é pois um fáto estabelecido e demonstrado. Foi, infelizmente, o que se verificou no caso presente. O Sr. Virgílio Pompêo de Campos Toledo, cuja probidade é pública e notória, teve dúvidas quanto às condições psíquicas do paciente e, ao invés de recorrer às luzes de um especialista, arvorou-se em psiquiatra. Diga-o êle próprio, em seu depoimento: "que o depoente, ao ter o encargo que lhe atribuiu Antonio de A. C. por ocasião do fazimento da cédula testamentária e de sua aprovação, teve como preliminar cuidado a sua atenção voltada para o estado moral do testador (1), e só se deu à delicada tarefa que lhe era cometida por Antonio de A. C. depois de verificar, com grande certeza, de que seu estado era perfeito, que o testador tinha completa lucidez com domínio de sua vontade sem a menor manifestação de anormalidade ao externar a sua vontade".

Os médicos que viram o paciente, nas vésperas do seu falecimento, se mostraram divididos —, os Drs. R. M. e A. F. afirmam que o mesmo não apresentava desordens psíquicas. Do mesmo parecer não são os Drs. C. B. S. e R. de A. C., o que se verifica pelo depoimento do primeiro e pelo relatório do segundo. De mais a mais, afirma LEGRAND DU SAULLE, preocupados exclusivamente com o diagnóstico e com a terapêutica da afecção para a qual foram chamados, os médicos passam frequentemente ao largo de fátos de uma ordem elevada e dignos de grande interêsse; assim, não se preocupam êles do estado de entendimento do doente, deixando de precisar, em geral, o momento oportuno para dar-lhe o conselho de pensar nos seus negócios e nas suas últimas vontades. Pode acontecer então que as disposições muito tardias, emanadas de uma razão que claudica e de uma vontade que sossobra, venham arruinar a fortuna das famílias e favorecer a insídia, a hipocrisia, a audácia. Na última fase de sua existência, si o homem tem ainda o sentimento da sua identidade pessoal, não tem frequentemente afeição; não se apaixona por coisa alguma, excéto para a sua própria vida, e está exposto a deferir automàticamente a uma impulsão estranha contra a qual não tentará siquer uma luta inútil. Nesse momento supremo, a ambição ronda; uma oportunidade perigosa se abre às tentativas de espoliação. Nessas circunstâncias, contraditória a prova testemunhal, a opinião dos médicos dividida, ao alienista resta firmar o seu conceito baseando-se nos fátos e na confirmação que dêles encontrar nos demais elementos. No caso em aprêço —

Ei-los em sua essência:

O Sr. Antonio de A. C., quando aprovou o testamento com que faleceu, estava:

1.º) E*m condições físicas muito precárias.* Indivíduo já idoso, com artério-esclerose generalizada; mal nutrido; deshidratado; tendo se submetido a uma sangria na véspera; acamado havia 5 dias, acometido por uma doença extremamente debilitante, apresentando intermitências de torpor e onirismo.

---

(1) – Há, aquí, confusão do notário, que fala em estado moral, quando devia dizer estado mental. Por aí já se confirma o juízo que, dos *notários-alienistas*, fazia LEGRAND DU SAULLE.

2.º) *Atacado por uma disenteria bacilar* — tipo Flexner — em estado toxi-infeccioso, agravado por uma

3.º) *Uremia com assistolia*, que lhe causaram a morte em estado toxêmico, tanto assim que o médico assistente, ao atestar o óbito, justificou o pedido de inumação precoce, alegando a natureza da afecção, que fazia prever rápida decomposição.

4.º) *In extremis* — porque o seu estado, já desesperador na véspera do desenlace, se agravou progressivamente do momento em que aprovou o testamento até a morte, verificada quatro horas depois.

Os elementos acima apontados levam o alienista, a quem os anos de experiência obrigaram a presenciar várias vêzes a morte nas circunstâncias em que faleceu o Sr. Antonio de A. C., a pensar que êle não podia estar em seu perfeito juízo no momento em que testou.

Dois elementos valiosos falariam em favor de hipótese contrária: A recepção dos sacramentos, porque a Igreja só permite sejam êles dispensados aos homens em perfeito juízo, não pôde ser comprovada, por isso que se negou a responder ao sacerdote chamado para ministrá-los. Uma irmã do paciente, em suas declarações, por sua vez, disse ignorar si o mesmo recebeu ou não ditos sacramentos. Outra presunção favorável seria a do testador escrever ou assinar o testamento. O seu estado não permitiu que fizesse nem uma cousa nem outra. As sua condições fazem crer, outrossim, que estivesse êle também impossibilitado de ler.

Ao demais, feito como foi, *in extremis*, um áto civil de tamanha importância exigia provas da integridade mental do testador, por isso que as circunstâncias em que o mesmo se encontrava eram evidentemente contrárias a essa presunção.

No meu entender, pois, não se pode afirmar que o testador Sr. Antonio de A. C. estivesse em seu perfeito juízo quando, já impossibilitado de escrever, pediu que por êle assinassem o testamento redigido pelo notário Virgílio Pompêo de Campos Toledo.

Tal é o meu parecer.

A. C. Pacheco e Silva.

6. Da sugestão e da captação. — A sugestão e a captação como causa da nulidade dos testamentos têm sido frequentemente invocadas, dando lugar a pendências judiciárias acaloradas.

Segundo Dallos, a sugestão consiste em usar da influência de que se dispõe sôbre uma pessoa, para lhe inspirar resoluções que ela não tomaria espontaneàmente.

A expressão "captação" teria um significado mais severo, pois si a sugestão pode ser lícita, a captação teria sempre fins ilícitos e objetivos inconfessáveis.

Remi Bidon (1) pondera — "Os cuidados dispensados a um doente não podem servir para atacar um testamento; frequentemente tais cuidados são prodigalizados com um fim interessado, na perspectiva de que o testador reconhecerá por uma disposição os cuidados com que foi cercado antes da sua morte. E' mesmo natural que o doente deixe um legado aos que o assistiram; os cuidados prestados são muitas vêzes penosos a cumprir, seja em virtude das graves enfermidades que o acometem, seja em virtude do seu gênio, que os sofrimentos e a idade

(1) – Remi Bidon – *De la sugestion et de la captation*. Jouve & Cia .Paris, 1924

tornaram irascível; torna-se necessário muito devotamento para tratar de um doente em certas circunstâncias e compreende-se muito bem que o doente, no gôzo de suas faculdades, recompense tal devotamento."

O mesmo não sucede quando pessoas estranhas se prevalecem do estado mental precário de um indivíduo, quer seja em virtude de um estado mórbido ou de senilidade, para conseguir um testamento em seu favor, com prejuízo dos herdeiros naturais (pág. 99 da obra citada).

Invocam-se, frequentemente, os meios dolosos derivados do concubinato, sobretudo na velhice, pois é sabido quanto são os velhos sensíveis aos agrados das pessoas moças do sexo oposto, que se prevalecem dessas fraquezas mórbidas logrando se incluir entre os herdeiros com legados vultosos.

Outros há que conseguem, por outros meios, simulando objetivos legítimos, captar a confiança do testador, para serem beneficiados.

CASO N.º 46. — *Testamento feito treze dias antes do falecimento do testador. Indícios evidentes de captação. Consulta.*

O abaixo assinado, professor de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina, diretor geral da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, tendo recebido uma consulta formulada pelos Drs. M. P. C. e R. M. de L., após haver examinado detidamente os documentos que lhe foram oferecidos, passa a responder à consulta em aprêço.

A consulta está assim redigida:

"Dona P. V. faleceu, na cidade do Rio de Janeiro, em 25 de janeiro de 1935.

Essa senhora, ao adoecer, três meses antes do seu falecimento, conheceu uma outra, de nome I. De P., que tinha três filhos.

Esta última, logo após feito êsse conhecimento, pediu licença ao médico assistente daquela outra para assistí-la, na enfermidade. Dada essa permissão, passou ela a ficar ao lado da doente durante a maior parte dos dias e das noites.

Dona P. V. tinha em sua companhia duas netas moças, as quais também a assistiam, em sua enfermidade.

Como os filhos de Dona I. De P. já eram conhecidos dessas moças não tardou que um dêles, de nome F., se tornasse noivo de uma delas.

A seguir, um irmão de F., de nome R., passou a cortejar a outra neta de Dona P. V.

Após o falecimento de Dona P. V., veiu a saber-se que ela havia feito um testamento público, treze dias antes de morrer. Dêsse testamento, cuja certidão vai anexa as próprias netas da testadora, que com ela moravam, só tiveram conhecimento depois que foi requerido o seu inventário, isto é, dez dias após sua morte.

Nesse testamento, Dona P. V. legou a Dona I. De P. a importância de tresentos contos de réis (300:000$000), em dinheiro, livre de impostos. Nomeou seus testa-

menteiros os três filhos de Dona I. De P. e deixou a parte disponível de sua herança àquelas suas netas, uma das quais era noiva e a outra cortejada por filhos da mesma Dona I, sem se referir aos seus outros netos.

Essas duas netas de Dona P. V., que conheciam perfeitamente o estado de saúde de sua avó, ao testar, não quiseram aceitar o legado e repudiaram-no, por escritura pública.

Tendo Dona P. V. falecido, como se vê da certidão de óbito anexa, de "Insuficiência hepática no curso de esclerose hepática", o que aliás foi atestado por seu médico assistente, o professor Dr. Rocha Vaz, e tendo êsse ilustre profissional, quando consultado sôbre a marcha da moléstia daquela sua cliente, emitido o parecer, que vai anexo,

PERGUNTA-SE

> Tendo sessenta (60) anos de idade e nas condições em que se achava, podia Dona P. V., trese (13) dias antes do seu falecimento, testar livremente? E' de presumir-se que o seu testamento exprima, em verdade, a sua vontade livre?"

R E S P O S T A

O simples fáto do professor Rocha Vaz, médico dos mais ilustres do Brasil, com conhecimentos especializados em Psiquiatria, como antigo interno do Hospício Nacional que foi, atestar, de modo claro e categórico, não se encontrar Dona P. V., trese dias antes de falecer, época em que aprovou o seu testamento, em condições de agir de acôrdo com a sua personalidade anterior, só por si basta para invalidar aquele documento. Entretanto, passamos a examinar o texto do referido testamento, onde há outros elementos que merecem apreciados. Assim, por êle se deduz ter uma senhora se insinuado junto a outra, até então sua desconhecida, que se encontrava gravemente enferma, prestando-lhe dedicada assistência.

Ao falecer a enferma, verificou-se ter a mesma legado a importância de 300:000$000, em dinheiro, livre de impostos, à sua dedicada assistente e, ainda mais, ter nomeado três filhos da mesma seus testamenteiros, e, como si não bastasse, legando a parte disponível da fortuna a duas netas, das quais uma era noiva de um dos filhos e a segunda cortejada por outro filho da "amiga", sem se referir aos outros netos.

Daí se deduz, claramente, tratar-se de um caso de captação, por parte das pessoas que acompanharam Dona P. V. nos últimos momentos da sua vida.

Por captação se entende, na definição de LEGRAND DU SAULLE, "o emprêgo de meios próprios a se tornar agradável junto a outrem, tal como, por exemplo, as demonstrações de uma amizade simulada, os cuidados assíduos, as dádivas, etc."

Houve ainda evidente persuasão junto da testadora, com o objetivo de levá-la a dispor dos seus bens da forma pela qual fez, mercê de práticas artificiosas e insinuações, valendo-se da situação precária de saúde física e psíquica em que a mesma se encontrava.

Tais casos não constituem exceção. Prova disso se encontra nas linhas que escrevemos no trabalho "Da capacidade para Testar. Contribuição para o Estudo dos Testamentos dos Excêntricos e dos Moribundos" : — "Na velhice, sobretudo, fácil é aos espíritos pérfidos e interesseiros prevalecerem-se da fraqueza de quem já não pode deliberar, obedecendo tão sòmente às próprias incitações para, em prejuízo de outros, dar expansão às suas ambições".

Mas a captação e a persuasão serão motivos suficientes para justificar a nulidade de um testamento? Sim, respondem DEMOLOMBE l. XVIII n.º 384 — AUBRY e RAU, t. VII § 634 (citados por LEGRAND DU SAULLE) quando houver evidente intuito de dolo, quer dizer, acompanhados de artifícios e insinuações mentirosas, daí resultando circunstâncias que o legatário não seria levado a dispor si avaliasse a verdade dos fátos.

E' o caso em questão. Teria a testadora, si já não se encontrasse, como afirma o professor ROCHA VAZ, em estado de desagregação psíquica, que lhe tiravam as qualidades principais para agir de acôrdo com a sua personalidade anterior, aprovado o testamento com que faleceu?

Todos os elementos falam em contrário. Assim, entendemos que Dona P. V. não só não estava em condições de testar livremente, como é de presumir-se que o seu testamento não exprima, em verdade, a sua vontade livre.

São Paulo, 31 de janeiro de 1936.

(*a.*) Dr. A. C. PACHECO E SILVA.

CASAMENTO DOS PSICOPATAS

1. Dos impedimentos. – 2. Da anulação.

1. Dos impedimentos. — Estabelece o Código Civil Brasileiro, no Capítulo II, Artigo 183, entre outros impedimentos, o seguinte :

"Não podem casar :

§ 9.º — As pessoas por qualquer motivo coatas e as incapazes de consentir, ou manifestar de modo inequívoco o consentimento".

Si, não obstante essa disposição expressa, fôr celebrado o casamento de um indivíduo incapaz de consentir ou de manifestar a sua vontade de modo inconcusso por ocasião do seu matrimônio, como é o caso de um psicopata, tem lugar a anulação, porquanto diz o Código Civil :

"Artigo 209 : E' anulável o casamento contraído com infração de qualquer dos números 11 a 12 do Artigo 183."

2. Da anulação. — Pode ou não ser a alienação mental invocada em certos e determinados casos para a anulação do casamento? Eis aí uma pergunta frequentemente dirigida aos psiquiatras, forçados a ouvir confidências e que ficam ao par de casos dolorosos, de lares infelicitados pela psicopatia de um dos cônjuges, sobretudo quando se trata de um casal jovem e a doença evolue para a cronicidade.

Numerosos debates têm provocado essa questão, não só nas sociedades científicas, como na imprensa médica e leiga, todos empenhados em encontrar uma solução para tais casos. Assim, LUCIEN-GRAUX escreveu bem documentado livro, transcrevendo uma série de entrevistas publicadas na "Gazette Médicale de Paris", contendo a opinião dos juristas e psiquiatras da França, na sua grande maioria favoráveis ao divórcio em tais casos, evidentemente depois de comprovada, de modo suficiente, a incurabilidade da doença.

O divórcio, nesses casos excepcionais, seria o divórcio remédio e viria facultar a possibilidade da reconstituição de lares infelicitados pela doença de um dos cônjuges.

No Brasil, estabelece o artigo 210 :

"A anulação do casamento contraído pelo coato ou pelo incapaz de consentir, só pode ser promovida :

I. Pelo próprio coato.
II. Pelo incapaz.
III. Por seus representantes legais."

No caso do incapaz readquirir a sua capacidade, depois de realizado o áto, a lei dispõe :

"Art. 211. O que contraiu casamento, enquanto incapaz, pode ratificá-lo, quando adquirir a necessária capacidade, e esta ratificação retrotrairá os seus efeitos à data da celebração."

Efetuado um casamento, si um dos nubentes provar que o outro cônjuge apresenta doença mental por êle ignorada e anterior ao matrimônio, poderá, de acôrdo com os artigos 218 e 219, intentar uma ação de anulação. Reza o art. 218 : "E' também anulável o casamento, se houve por parte de um dos nubentes, ao consentir, êrro essencial quanto à pessoa do outro."

O artigo 219 dispõe : "Considera-se êrro essencial sôbre a pessoa do outro cônjuge : — Parágrafo III. A ignorância, anterior ao casamento, de defeito físico irremediável ou de moléstia grave e transmissível, por contágio ou herança, capaz de pôr em risco a vida do outro cônjuge ou de sua descendência."

Vejamos uma consulta referente a um pedido de anulação de casamento, sob tal alegação :

CASO N.° 47. — *Pedido de anulação de casamento fundado no Artigo 219, N.° III. Do Código Civil. Estado atípico de degeneração.*

Alegando ignorância de doença mental anterior ao casamento na pessoa de sua mulher, o Snr. M. promoveu uma ação de anulação do casamento, firmado no art. 219 n.° III. Funcionando como perito, nesse caso, redigimos o laudo que se segue, respondendo aos quesitos que nos foram oferecidos pelo justificante e pelo Meritíssimo 2.° Curador Geral :

Nós, abaixo assinados, peritos nomeados para proceder a exame de sanidade mental na pessoa de Dona N. L. M., atualmente recolhida ao Instituto Paulista, prestado o compromisso legal, depois de observar a paciente, passamos a redigir o nosso parecer e a responder os quesitos que nos foram apresentados :

Dona N. L. M., branca, brasileira, casada, com 22 anos de idade.

Antecedentes. — A paciente é portadora de pesada tara hereditária convergente, como se depreende do estudo dos casos de alienação existentes na sua família, tanto do lado materno, como do paterno. A avó materna da paciente esteve recolhida durante os últimos anos que precederam sua morte, por apresentar acessos periódicos de delírio furioso, acompanhados de átos destruidores, impulsivos, às vêzes perigosos para os que com ela conviviam.

Dos tios maternos, um se encontra já há cêrca de 12 anos sob nossas vistas no Hospital de Juquerí, já em estado demencial, tendo apresentado, no início da molés-

tia mental, sintomas de uma psicose sistemátizada interpretativa, com idéias delirantes de ciume, que o levaram a assassinar a própria espôsa. Outro, suicidou-se ainda jovem, em franca alienação mental. Há a acrescer vários casos de histeria acentuada entre as tias do lado materno.

Um tio do lado paterno está recolhido no Hospício do Arraial dos Souzas, em Campinas. Há ainda um segundo, que já esteve recolhido no Instituto Paulista.

A paciente, que é a terceira filha do casal, nasceu a termo, desenvolveu-se normalmente, tendo frequentado colégios e adquirido boa cultura, sem manifestar grandes desequilíbrios, conquanto desde cedo deixasse transparecer um temperamento nervoso e violento.

Em 1925, foi Dona N. operada de um pequeno tumor no pescoço, cuja natureza o exame anátomo-patológico revelou tratar-se de um cisto-adenoma localizado, circunscrito (Dr. M. Lindenberg) ou de um adenoma papilar (Prof. Haberfeld). Dois meses depois de operada, manifestaram-se crises histeriformes, caracterizadas por gritos, agitação e grande irascibilidade. Tempos depois surgiram idéias delirantes não sistematizadas, afetação, amaneiramentos, olhar fixo, esbôço de catatonia, átos destruidores, que a levaram ao Instituto Paulista.

Os médicos que a examinaram nessa ocasião estabeleceram a hipótese de uma relação entre os distúrbios psíquicos e as desordens endocrínicas, suposição essa que não parecia descabida, dada a existência de uma infiltração mixedematosa. A terapêutica prescrita, constituida por produtos opoterápicos e sais de cálcio, parece ter resultado eficiente, porquanto, após algumas alternativas de melhoras e peoras, coincidindo sempre as peoras com a aproximação do fluxo menstrual, obteve alta a paciente, aparentemente curada.

As melhoras foram duradouras, tanto assim que um ano após a sua saída do hospital, contratava Dona N. o seu casamento, que se realizou alguns meses mais tarde. Logo depois do consórcio, a observanda apresentou-se grávida. A gravidez se acompanhou de desordens nervosas, irritabilidade, idéias místicas, tendência ao espiritismo, átos violentos, enfim quadro clínico semelhante ao da primeira internação, o que obrigou seu marido a reinterná-la, em fevereiro de 1928.

Muito anemiada, clorótica, com os tegumentos côr de palha, Dona N. dava então mostras de grande depauperamento. Foi praticada a reação de WASSERMANN no sangue, que resultou negativa.

O exame do liquor revelou:

Citologia — 1,7 por mm3.
Wassermann — negativo.
Reação das globulinas — ligeiramente opalescentes.
Reação do benjoin coloidal — 0000.12000.00000.0
Reação do ouro coloidal — 0000.0000.0000

O exame de urina não revelou produtos anormais.

Ausência de ovos de parasitas intestinais nas fézes.

As desordens mentais, exatamente como da primeira vez, eram periódicas e se manifestavam por episódios delirantes e estupor catatônico, com intervalos de relativa calma. A 30 de maio, já bastante melhorada, deixou o hospital.

Em novembro dêsse mesmo ano, após o parto, ficou gravemente doente, com um síndromo neuro-anêmico, que se evidenciava por paraplegia espástica incipiente, raquialgia e dores articulares. Os reflexos patelares e aquilêos se apresentavam exaltados. Havia hipoestesia de L 1 para baixo, impotência funcional quasi completa dos membros inferiores. Presença dos reflexos de automatismo medular.

O exame de sangue deu o seguinte resultado:

Glóbulos vermelhos	2.890.000
Leucócitos	3.300
Hemoglobina	70%
Valor globular	1,18%
Riqueza globular	3.500.000

Formas leucocitárias:

Neutrófilos	— 55%
Eosinófilos	— 2%
Mononucleares	— 3%
Linfócitos	— 40%

Não havia formas imaduras. Anisocitose e poiquilocitose acentuada.

Foi aplicada a radioterapia profunda do baço e da medula de L 1 para cima. Foi feita uma transfusão de sangue. A paciente fez uso de tônicos e ferruginosos. Alimentou-se com fígado de vitela, obtendo bons resultados. As melhoras, tanto no estado geral como na anemia, conforme se verifica pelos exames de sangue posteriores, foram evidentes. As desordens neurológicas também se desvaneceram.

Nessa ocasião, esteve sempre sob os cuidados do Dr. Vampré, no Instituto Paulista, mas não na seção dos psicopatas.

Seis meses depois, reincidiram as desordens mentais, caracterizadas por átos violentos e impulsivos, hiperemotividade, razão porque seu marido se viu na contingência de reinterná-la na Casa de Saúde do Instituto Paulista, onde a examinámos.

EXAME SOMÁTICO. — A paciente é u'a moça de estatura meã, de panículo adiposo bastante desenvolvido, de ventre proeminente, o que faz supôr, a um observador menos avisado, estar ela em estado de gravidez.

Ainda se lhe notam vestígios da grave anemia de que padeceu tempos atrás: a pele não retomou sua côr normal — é baça e amarelada; as mucosas se mostram descoradas.

Nota-se a presença de uma cicatriz linear, transversa, na região hioidéia.

O exame dos órgãos essenciais da vida não revela lesões dignas de nota: aparelhos circulatório e respiratório normais.

A urina não contém produtos anormais. Os exames do sangue e do *liquor* não denunciam lues.

Nada para o lado do sistema motor voluntário. Reflexos patelares presentes, iguais, mas não muito vivos. Normais os outros.

Pupilas de contornos regulares, reagindo bem à luz e à convergência. Ausência de desordens indicativas de comprometimento dos nervos craneanos.

O exame do sistema muscular não revela atrofia, hipertrofia, rigidez ou flacidez dos músculos.

Nenhum vestígio da paraplegia incipiente a que se refere a anamnese.

EXAME PSÍQUICO. — A paciente apresenta-se como uma pessoa normal, atenta, delicada, prestando-se da melhor boa vontade ao nosso exame. Conversa com naturalidade, expondo, com vivacidade, os motivos que determinaram sua vinda para o hospital, desta e das outras vêzes que esteve internada. Brigas, arrufos, diz ela, com as pessoas da família, quando solteira, com os pais; depois de casada, com o marido.

A compreensão e a associação de idéias se fazem com perfeita regularidade, quando a paciente se não encontra perturbada por qualquer contrariedade, fáto êste

que ocorre com frequência, porque os menores dissabores da vida quotidiana constituem para ela motivos os mais graves, turbam-lhe o entendimento e justificam os maiores desatinos.

A memória para os fátos passados apresenta algumas lacunas. Para os fátos presentes está bem conservada.

Dona N. tem exata noção do tempo, lugar e meio.

Não consignámos desordens sensoriais.

O juízo crítico, a capacidade de reflexão e os sentimentos éticos revelam desordens evidentes. Si a contrariam, si ela se aborrece com o desenrolar normal dos fátos da vida, torna-se violenta, perde o domínio sôbre si. Dá então expansão à violência do seu temperamento, ao desequilíbrio da sua mentalidade e não há argumento capaz de convencê-la, não há lógica que a demova dos seus propósitos. Só resta deixá-la isolada, até que a calma se restabeleça, sem que nenhuma impressão nova venha agitar de novo aquele sistema nervoso vibrátil.

Voluntariosa, ciumenta, desconfiada, obstinada — é capaz de tudo, quando pensa, erradamente, estar com a razão e com o direito.

Quando não lhe satisfazem os caprichos, que são muitos, ei-la enfurecida, violenta, ameaçadora, destruidora, agressiva, capaz de tudo: ameaça matar o marido e o filho, quebra móveis, destrói roupas, diz os maiores impropérios, empregando termos que se não coadunam com a sua educação e posição social.

Quando se aproxima o período menstrual, aumenta a sua hipersensibilidade, as idéias de ciume surgem, sempre com um cortêjo de ameaças. Não mede então conveniências, não esconde o desmedido ciume, que a leva a desconfiar de sua própria mãe e de suas irmãs.

As ameaças, ela as profere, não para amedrontar, mas com o firme propósito de levá-las a efeito, como demonstram fátos já verificados fora e dentro do hospital e o seu próprio testemunho, nos momentos de calma, em que chega a pedir para permanecer internada, porque não quer ver desgraçada, por suas mãos, a sua família.

Há dias em que uma palavra, um áto, sem significação alguma para uma pessoa normal, provocam nela a explosão de violenta crise: insulta os médicos, quer agredir enfermeiras, fecha-se no quarto, recusa-se a falar com quem quer que seja, fica amuada, não se alimenta e, espontaneamente, muitas vêzes, procura a seção dos doentes agitados.

Passada a crise, reconhece que andou errada, pede desculpas, mostra-se arrependida, humilde, até que, sob a influência do desequilíbrio endocrínico da época catamenial ou de um fator emotivo, nova crise venha perturbar a sua mentalidade doentia.

Eis a sintomatologia clínica do caso por nós observado, que se enquadra bem no grupo dos estados atípicos de degeneração, da classificação psiquiátrica da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal.

Passamos, agora, a responder os quesitos apresentados:

Quesitos do justificante —

1 – P. Examinada a paciente Dona N. L. B. M., qual a moléstia mental de que se acha a mesma afetada?

R. A paciente apresenta uma psicopatia constitucional, cuja denominação varia com a classificação que se adotar. De acôrdo com a classificação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, a paciente figuraria no grupo dos estados atípicos de degeneração. Segundo a classificação de Kraepelin, o seu caso seria incluido no capítulo das personalidades psicopáticas. Régis classificaria no grupo das psicoses dos degenerados.

2 – P. No estado atual dessa moléstia, apreciados os seus sintomas mais evidentes e caráter progressivo da sua marcha, podem os Drs. peritos responder qual o seu provável prognóstico?

R. Estado psicopático constitucional, agravado por pesada herança neuro-psicopática convergente e por reiterados desequilíbrios já sofridos pela paciente, tudo nos leva a um prognóstico desfavorável.

3 – P. A paciente, no estado em que se encontram suas faculdades mentais, pode ter o contrôle de si mesma, de modo a asseverar-se que seus átos sejam o produto de uma conciência normal?

R. Não pode.

4 – P. Examinada essa enfermidade mental em seu estado atual e com o auxílio de seu elemento histórico; atendendo-se às suas causas e consequências patológicas; levando-se em conta a periodicidade da sua reprodução e a existência de casos análogos na família da paciente, podem os Drs. peritos responder se tal moléstia é susceptível de transmissibilidade hereditária?

R. Os fátos consignados na observação da própria paciente demonstram de maneira cabal a possibilidade da transmissão hereditária da forma mental observada, confirmando, assim, o princípio, hoje universalmente aceito, da transmissão hereditária das afecções mentais.

Quesitos do Dr. 2.º Curador Geral —

1 – P. Dona N. L. B. M. sofre de alguma enfermidade mental?

R. Sim.

2 – P. Qual a natureza dessa enfermidade?

R. Estado atípico de degeneração (Classificação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal).
Personalidade psicopática (Classificação de Kraepelin).
Psicose dos degenerados (Classificação de Régis).

3 – P. E' uma afecção susceptível de cura?

R. Pode apresentar períodos de melhoras, mas não é susceptível de cura definitiva, como estado constitucional que é.

4 – P. Essa enfermidade é susceptível de transmissão hereditária?

R. Não só é susceptível, como é a regra. Os antecedentes dêste mesmo caso constituem prova do que afirmamos.

5 – P. E' uma enfermidade contínua ou periódica?

R. E' um estado constitucional, sujeito a alternativas de melhoras e peoras.

6 – P. No segundo caso, qual a natureza e duração dos intervalos?

R. Não se verificam intervalos lúcidos. Há períodos de melhoras, de duração mui variável, que se subordinam às condições gerais do organismo e às da vida exterior.

7 – P. Êsses intervalos, com o decurso da enfermidade, tendem a se tornar cada vez mais curtos e mais raros?

R. O estado mental, a julgar pelo que a experiência nos ensina, tende a se agravar, atingindo um período em que as melhoras serão cada vez mais raras e menos duradouras.

8 – P. Readquire a paciente, durante êles, as suas faculdades, ou, pelo menos, o que fôr necessário para se dirigir na vida e administrar os seus negócios?

R. Não readquire.

9 – P. A enfermidade é herdada, congênita ou adquirida?

R. No nosso entender é hereditária.

10 – P. Na última hipótese, qual a sua origem?

R. Prejudicado.

11 – P. Qual a ação exercida pela enfermidade na inteligência, vontade e sentimentos da paciente? Trata-se de uma perturbação completa ou parcial?

R. A inteligência, a vontade e os sentimentos são coisas indivisíveis, portanto não pode existir perturbação parcial.

12 – P. No caso de uma perturbação parcial, conserva a paciente as faculdades necessárias para poder livremente se conduzir e gerir os seus negócios?

R. Prejudicado.

Tal é o nosso parecer.

(*aa.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva – relator.
Dr. Enjolras Vampré.

CASO N.º 48. — *Pedido de anulação de casamento fundado no Artigo 209 do Código Civil. Distúrbios psíquicos desencadeados após uma infecção puerperal. Consulta.*

Eu, o dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva, professor de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, recebi do sr. dr. Hernani Estrella, advogado na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, uma consulta formulada nos seguintes termos:

"Tendo presente o laudo pericial médico, que se junta por certidão autêntica, extraida dos autos da ação de anulação de casamento que E. D. K. move contra sua mulher Dona. A. F. B., pergunta-se:

1.º) Tem Dona A. F. B. doença mental?
2.º) Em caso de resposta afirmativa, qual é essa doença?
3.º) Quando o casamento se realizou, já sofreria dêsse mal?
4.º) Nessa ocasião já seria alienada?
5.º) Há motivos para a nulidade de casamento por êrro essencial de pessoa?

De posse do laudo pericial médico, redigido pelos drs. Decio Soares de Souza, Fabio de Barros e Luiz Guedes, depois de ter estudado meticulosamente aquele documento passo a responder às perguntas que me foram dirigidas:

1.º) Tem Dona A. F. B. doença mental?

Resposta. — Segundo se depreende do laudo pericial elaborado pelos três distintos colegas já mencionados, parece indubitável padecer Dona A. F. B. de doença mental.

2.º) Em caso de resposta afirmativa, qual é essa doença?

RESPOSTA. — Não tendo examinado a paciente, não me é possível responder, de forma categórica, qual o diagnóstico da doença mental apresentada por Dona A.. Entretanto, o quadro demencial descrito pelos ilustrados colegas que redigiram o parecer médico-legal tanto pode ser observado na confusão mental crônica, consequente a uma psicose tóxica, no caso uma psicose puerperal, como nas formas esquizofrênicas.

3.º) Quando o casamento se realizou, já sofreria dêsse mal?

RESPOSTA. — Quer me parecer que não. A história clínica demonstra (fls. 7 do laudo pericial) terem os fenômenos psíquicos, que caracterizam a moléstia atual, deflagrado precisamente após o nascimento da primeira filha. Ter-se-ia, nessa ocasião, verificado uma retenção placentária, que exigiu uma curetagem praticada pelo Prof. Mario Tota. Dez dias após a intervenção apresentou a paciente um estado de agitação psico-motora, com obnubilação da conciência, que levou o Dr. Jacinto de Godoy a estabelecer o diagnóstico de psicose puerperal.

Quer se filiem as atuais perturbações psíquicas a uma psicose puerperal de evolução crônica, quer — o que também poderia ter ocorrido — tenham os fatores toxi-infecciosos agido como elemento desencadeante, numa predisposta, de uma forma esquizofrênica, não padece dúvida só se ter deflagrado a psicose após a infecção do primeiro parto, o que ocorreu muito depois do casamento.

4.º) Nessa ocasião já seria alienada?

RESPOSTA. — No meu entender — não. Há, é verdade, no estudo da fase pré-psicótica da paciente, que figura no laudo pericial, referências a variações intempestivas de humor, crises de irritabilidade, caráter opiniático, certas bizarrias, tendência para o autoritarismo, gênio voluntarioso, que os peritos enquadram em uma constituição esquizóide. Os argumentos de que se serviram os peritos para chegarem àquela conclusão não são, ao meu ver, convincentes. E, ainda que o fossem, embora ficasse inteiramente comprovada a existência de uma constituição esquizóide, mesmo assim tal fáto não me autorizaria, em absoluto, a considerá-la, naquela época, uma alienada. A simples existência de uma predisposição, de certa miopragia nervosa, de um terreno favorável ao desenvolvimento desta ou daquela afecção mental, de forma alguma poderia levar a acreditar na fatalidade de seu aparecimento.

5.º) Há motivos para a nulidade de casamento por êrro essencial de pessoa?

RESPOSTA. — Ao se casar, Dona A. não apresentava defeito físico irremediável ou moléstia grave e transmissível, por contágio ou herança, capaz de pôr em risco a saúde do outro cônjuge ou de sua descendência. Só depois do primeiro parto, com o advento de uma infecção puerperal é que surgiram os transtornos mentais, existindo perfeita relação de casualidade entre o parto, a infecção por retenção placentária e os distúrbios psíquicos, tanto assim que o Dr. Jacinto de Godoy, que a assistiu nos primeiros tempos da moléstia, não teve dúvida em diagnosticar — psicose puerperal.

Poder-se-ia, entretanto, invocar a existência de um terreno favorável, alegando-se que as infecções puerperais nem sempre determinam desordens mentais. Mas, a prevalecer tal critério, toda vez que surgisse um distúrbio mental na pessoa de um dos cônjuges, seria ao outro lícito promover a anulação do casamento, uma vez que é hoje noção corrente o fáto das moléstias mentais, na sua maioria, para se manifestarem, exigirem a existência de uma predisposição hereditária ou adquirida.

Aliás, no caso vertente nem siquer a ignorância de possuir Dona A. uma constituição neuropática poderia ser alegada, porquanto é o próprio marido quem afirma, como assinalam os peritos (fls. 5, *in fine*, do laudo pericial): "Durante os períodos

de namôro e noivado, que se prolongaram por dois anos e tanto, relata o autor que considerou sempre a paciente como uma pessoa "geniosa", a quem não se podia contrariar sem incorrer no risco de ocasionar manifestações de irritabilidade".

Logo adiante se lê: "O autor relatou-nos que, durante o período do noivado muito o surpreendeu o fáto de uma discussão entre sua noiva e o seu irmão Z. B., que terminou com palavras de baixo calão".

Há ainda a acrescentar as circunstâncias que cercaram o anterior namôro de Dona A. com o sr. A. G., os motivos que promoveram o seu rompimento, que demonstram não desconhecer o marido de Dona A., ao contrair casamento, o temperamento de sua espôsa, único elemento então apreciável.

Até que ponto êsse terreno favorável teria influido na gênese da psicose atual? Eis aí um enigma que ninguém poderia decifrar, pois que, si muitas vêzes as psicoses puerperais contribuem para despertar uma predisposição latente, em muitas outras elas se instalam e evoluem para a cronicidade em organismo isento de qualquer manifestação pré-psicótica.

Assim, na minha opinião, não se pode considerar ter havido, no caso que é agora submetido à minha apreciação, êrro essencial sôbre a pessoa do outro cônjuge, o que afirmo em ciência e conciência.

São Paulo, 17 de agôsto de 1938.

(*a.*) Dr. A. C. Pacheco e Silva.

ÍNDICE

DEFINIÇÃO. DIVISÃO. HISTÓRICO

CAUSAS DAS DOENÇAS MENTAIS

SEMIOLOGIA DA ATENÇÃO

SEMIOLOGIA DA AFETIVIDADE

SEMIOLOGIA DA VONTADE

SEMIOLOGIA DA IMAGINAÇÃO

SEMIOLOGIA DA CONCIÊNCIA

SEMIOLOGIA DA MEMÓRIA

DA EMOÇÃO E SEUS DISTÚRBIOS

DESORDENS DA PERCEPÇÃO: ALUCINAÇÕES, ILUSÕES

AUTOMATISMO MENTAL

SEMIOLOGIA DA IDEAÇÃO

AS CONSTITUIÇÕES EM PATOLOGIA MENTAL

A PSICOLOGIA EXPERIMENTAL E JURÍDICA

A PSICANÁLISE

DESORDENS SOMÁTICAS NAS PSICOPATIAS

EXAME DO DOENTE MENTAL

TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS

HIGIENE MENTAL

CLASSIFICAÇÕES EM PATOLOGIA MENTAL

PSICOSES INFECCIOSAS

PSICOSES AUTO-TÓXICAS

PSICOSES HETÊRO-TÓXICAS

a) Alcoolismo

b) A morfinomania

c) A cocainomania

d) Barbiturismo

DEMÊNCIA PRECOCE (ESQUIZOFRENIA)

PARAFRENIAS — DELÍRIO SISTEMATIZADO ALUCINATORIO CRÔNICO

PARANOIA

PSICOSE MANÍACO-DEPRESSIVA

PSICOSES DE INVOLUÇÃO. SENILIDADE

PSICOSES POR LESÕES CEREBRAIS E DEMÊNCIAS TERMINAIS

PARALISIA GERAL

PSICOSES EPILÉTICAS

PSICOSES DITAS NEVRÓSICAS

a) Histeria

b) Neurastenia (Psicastenia)

PSICOPATIAS CONSTITUCIONAIS. ESTADOS ATÍPICOS DE DEGENERAÇÃO

DEBILIDADE MENTAL — OLIGOFRENIAS

PERÍCIA PSIQUIÁTRICA

SIMULAÇÃO E DISSIMULAÇÃO DA ALIENAÇÃO MENTAL

ACIDENTES DO TRABALHO E DESORDENS MENTAIS

DOENÇAS MENTAIS E SEGURO SOCIAL

SUICÍDIO NORMAL E PATOLÓGICO. RELAÇÕES MÉDICO-LEGAIS ENTRE O SUICÍDIO E O SEGURO DE VIDA

ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO AOS PSICOPATAS

A ASSISTÊNCIA A PSICOPATAS NO BRASIL

TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA AOS MENORES ANORMAIS

TOXICOMANIAS. MEDIDAS PROFILÁTICAS. ASSISTÊNCIA AOS TOXICÔMANOS

ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS CRIMINOSOS E AOS CRIMINOSOS ALIENADOS. MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS E ANEXOS PSIQUIÁTRICOS

INTERDIÇÃO DOS ALIENADOS. LOUCOS DE TODO O GÊNERO. CURATELA. CESSAÇÃO DA INCAPACIDADE

DA CAPACIDADE PARA TESTAR

CASAMENTO DOS PSICOPATAS